



Esta obra está bajo una [Licencia  
Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**“DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LA  
VIOLENCIA FAMILIAR EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL MINSA II – 2 TARAPOTO, JULIO – DICIEMBRE 2015”.**

**Para obtener el título profesional de Obstetra**

**Autoras:**

**Bach. en Obst. CINTHIA PAMELA LOZANO TASAYCO**

**Bach. en Obst. YERI ESTHER MACEDO CARDENAS**

**Asesor:**

**Obsta. Mg. LLOY AMERICO VARGAS DAZZA**

**Tarapoto - Perú**

**2015**

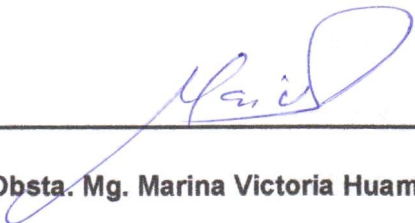
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**




**TESIS**

**“DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON  
LA VIOLENCIA FAMILIAR EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN  
EL HOSPITAL MINSA II – 2 TARAPOTO, JULIO – DICIEMBRE  
2015”.**

**JURADO CALIFICADOR**

  
\_\_\_\_\_  
**Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino**

**PRESIDENTE**

  
\_\_\_\_\_  
**Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez**

**MIEMBRO**

  
\_\_\_\_\_  
**Obsta. Patricia Vásquez Pinchi**

**MIEMBRO**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por estar siempre a mi lado y darme la oportunidad de alcanzar esta meta y las fuerzas para seguir siempre adelante, también por regalarme cada día la vida y cuidar a los seres que más amo, sobre todo iluminar mi camino por el bien y conducirme con sabiduría.

A mis padres, por confiar en mí y en mis retos, a mi madre por su apoyo incondicional y sus sabios consejos para continuar. A mis hermanos, por su apoyo y fortaleza para seguir adelante, a toda mi familia por enseñarme la perseverancia de la vida, el amor para realizar cada acción y sobretodo de permitirme creer en mí para alcanzar mis metas.

**PAMELA**

A Dios, por acompañarme y darme la oportunidad de vivir este logro y la fuerza para seguir siempre adelante, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, por regalarme cada día la vida y a los seres que más amo y sobre todo iluminar mi camino y conducirme con sabiduría.

A mis padres, por creer en mí y en mis sueños, a mi madre por su apoyo incondicional, por sus consejos y ánimos para continuar, fue la primera persona quien me enseñó con la gracia de DIOS a respetar, valorar y amar la vida y su entorno, enseñándome así, que la mayor virtud que puede tener el hombre, es el poder dar sin recibir nada a cambio. A mis hermanos, porque me dan fortaleza cuando me siento débil, enseñándome la perseverancia de la vida y el amor para realizar cada acción.

**YERI**

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias a Dios todopoderoso por permitirnos hacer nuestros sueños realidad y demostrarnos que cada piedra en el camino, es un impulso más hacia la gloria, por darnos la oportunidad de culminar esta etapa de nuestras vidas, estar siempre con nosotros y no dejarnos solos en momentos en que más lo necesitamos.

Infinitas gracias a nuestros padres por los valores que nos han inculcado y por darnos la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de nuestras vidas, quienes día a día nos llenaron de sabios consejos y quienes a pesar de la distancia confiaron en nosotros y en todo lo que somos capaces de hacer.

Nuestro más profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de San Martín-T, por abrirnos las puertas para formarnos profesionalmente. A la vez a los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia, quienes nos acompañaron en este camino, dándonos las herramientas necesarias para enfrentar el mundo laboral.

A nuestro asesor Obsta. Mg. Lloy Vargas Dazza, por su paciencia, orientación y apoyo constante en la realización del trabajo de investigación.

Al Hospital MINSA II-2 Tarapoto por habernos facilitado obtener la información necesaria para la elaboración de nuestro trabajo de investigación.

***Las Autoras***

## INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	v
INDICE DE CONTENIDOS .....	vi
INDICE DE TABLAS .....	vii
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT .....	xi
TITULO.....	1
 I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Marco Conceptual .....	1
1.2. Antecedentes .....	7
1.3. Bases Teóricas.....	17
1.4. Justificación.....	35
1.5. Problema .....	37
 II. OBJETIVOS	
2.1. Objetivo General.....	38
2.2. Objetivos Específicos.....	38
2.3. Hipótesis de Investigación.....	39
2.4. Operacionalización de Variables.....	39
 III. MATERIALES Y METODOS	
3.1. Tipo de estudio.....	41
3.2. Diseño de investigación.....	41
3.3. Universo, población y muestra.....	41

3.4.	Procedimiento.....	43
3.5.	Métodos e instrumento de recolección de datos.....	44
3.6.	Plan de tabulación y análisis de datos.....	45
IV.	RESULTADOS .....	46
V.	DISCUSION .....	55
VI.	CONCLUSIONES.....	61
VII.	RECOMENDACIONES .....	62
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	63
IX.	ANEXOS .....	71



## INDICE DE TABLAS

<b>N°</b>	<b>TITULO</b>	<b>PAG.</b>
<b>01</b>	Características sociodemográficos de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015	46
<b>02</b>	Tipos de violencia familiar en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015	47
<b>03</b>	Grados de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015	48
<b>04</b>	La violencia física y su relación con el grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015	49
<b>05</b>	La violencia psicológica y el grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015	50
<b>06</b>	La violencia sexual y el grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015	52
<b>07</b>	La violencia económica y el grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.	53

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Depresión durante el embarazo y su relación con la violencia familiar en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015”, estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal, aplicado, cuya muestra fue de 100 gestantes adolescentes, se utilizó como metodología la entrevista y como instrumento un cuestionario que contenía las preguntas para determinar las variables violencia y depresión.

Entre los resultados tenemos que las gestantes adolescentes se caracterizan por: el 65,8% (79) tiene una edad entre 15 a 17 años, de grado de instrucción secundaria 77,5% (93), de estado civil soltera 50,0% (60), proceden de Tarapoto 35,5% (43), de religión católica 80,8% (97). Entre los tipos de violencia que presentan las gestantes adolescentes son: psicológica 79,2% (95), violencia económica 67,5% (81), violencia física 62,5% (75) y la violencia sexual 40,8% (49), predominando la violencia psicológica. El 37,5% de las gestantes adolescentes tienen un grado de depresión medio. La violencia física, seguida de la violencia psicológica son las de mayor relación con el grado de depresión en gestantes adolescentes.

En conclusión existe relación significativa al 5% (Si  $p < 0,05$ ) entre los tipos de violencia y el grado de depresión, por lo cual se acepta la hipótesis de investigación.

**Palabras claves:** Violencia familiar, depresión, embarazo adolescente.

## **ABSTRACT**

This research paper entitled "Depression during pregnancy and its relation to family violence in adolescents treated at MINSA Hospital II - 2 Tarapoto, July-December 2015", quantitative, descriptive, correlational, cross, applied, whose sample was 100 pregnant adolescents, was used as a methodology and an instrument interview questionnaire containing questions to determine the variables violence and depression.

Among the results we have pregnant teenagers are characterized by: 65.8% (79) is aged between 15-17 years of high school degree 77.5% (93), single marital status 50.0% (60) come from Tarapoto 35.5% (43) of Catholic 80.8% (97). Among the types of violence that pregnant teenagers are presented: psychological 79.2% (95) 67.5% economic violence (81), physical violence 62.5% (75) and sexual violence 40.8% (49), predominantly psychological violence. 37.5% of pregnant adolescents have an average degree of depression. Physical violence, followed by pisco violence are the most related to the degree of depression in pregnant teenagers.

In conclusion there is significant relationship at 5% (if  $p < 0.05$ ) between the types of violence and the degree of depression, so the research hypothesis is accepted.

**Keywords:** Domestic violence, depression, teen pregnancy.

## **TITULO:**

DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA FAMILIAR EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MINSA II – 2 TARAPOTO, JULIO – DICIEMBRE 2015

## **I. INTRODUCCIÓN:**

### **1.1.- Marco Conceptual:**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 95% de los embarazos adolescentes ocurren en países en vías de desarrollo. Al mismo tiempo, se asocia al embarazo adolescente con el embarazo no planificado, violación sexual, experiencia negativa del embarazo, truncamiento del proceso educativo, dependencia económica de la madre, mayor incidencia de problemas perinatales, desconocimiento de temas de salud sexual y reproductiva e inadecuada estructuración de la familia, entre otros. En el Perú, durante el año 2011, se registraron más de 90 mil nacimientos de madres con edades comprendidas entre los 15 y 19 años (1, 2).

En su naturaleza de fenómeno social, y desde una perspectiva de género, el embarazo adolescente representa una situación que posiciona la vida de una mujer en una condición de particular vulnerabilidad en relación a las macro-estructuras sociales de pensamiento: el machismo y los roles estereotipados de género. Así, subsumiendo los estados biomédicos (obstétricos), emerge una realidad particularmente importante: la violencia durante el embarazo adolescente. Este fenómeno ha sido definido como un patrón de coerción y control, caracterizado por agresión física, sexual,

emocional o su combinación, y amenazas por la pareja actual o por la expareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo (2, 3).

El embarazo adolescente coloca a las jóvenes en una situación de gran vulnerabilidad pues, en primer término ocurre durante una etapa de profundos cambios biopsicosociales, en la crisis de la adolescencia. Definimos a la crisis como una ruptura de un equilibrio anterior, acompañada por una sensación subjetiva de padecimiento, estas crisis se producen en sujetos que están en situación de importantes cambios y que en esas circunstancias se interrogan acerca de su identidad, "¿quién soy?". Esta etapa de tránsito hacia la adultez, que no por ser de tránsito es corta o pasajera, tiene que ver con un período revolucionario en la vida del individuo: la capacidad de dar vida (4).

La violencia intrafamiliar en la gestante, es un grave problema de salud pública que afecta el bienestar del binomio madre-hijo. Los factores desencadenantes de la violencia son diversos, sin embargo las consecuencias observadas son similares en los diferentes grupos sociales y abarcan desde secuelas psicológicas hasta causas de morbilidad materno-infantil. Se estima que la violencia intrafamiliar afecta a un 13% de embarazadas en América Latina, siendo la prevalencia en adolescentes un poco más elevada y corresponde al 38% (5).

La violencia durante el embarazo, en general y especialmente durante el embarazo adolescente, es un determinante social de la salud. El problema se torna mucho más complejo al comprender que las repercusiones de

dicha violencia no se limitarán a la mujer solamente, sino que afectarán también al producto en desarrollo. Las investigaciones en este campo han demostrado asociación entre los niveles de ansiedad materna e indicadores neonatales que hablan de un pobre desarrollo afectivo, en el corto plazo, y una deficiente estructuración cognitiva en el largo plazo, evidenciado mediante un incremento en la incidencia de trastornos de déficit de atención e hiperactividad, de autismo en la niñez, o síndromes depresivos en la adolescencia (6).

La violencia en el embarazo adolescente integra tres factores: la mujer adolescente, la gestante adolescente y el producto de la gestación. La violencia compromete el bienestar de estos tres factores; y conlleva a resultados materno-fetales adversos como el parto pre-término, la restricción de crecimiento intrauterino, el sufrimiento fetal, pre-eclampsia, infección del tracto urinario, entre otras (7).

La gestante maltratada sufre estrés permanente, del cual devienen consecuencias negativas en la salud mental de las víctimas. El estrés, producto de la violencia, tiene secuelas psíquicas, entre ellas trastornos emocionales y alteraciones del comportamiento. Las consecuencias psíquicas del estrés desencadenan patrones de depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento y en el peor de los casos, suicidio (8).

En el Perú, la violencia familiar comprende la violencia contra la mujer, el maltrato infantil o violencia contra el hombre, y se expresa con más énfasis en regiones como Huancavelica, Apurímac, Junín, Loreto, Cuzco y Tumbes. Asimismo, el 74% de las mujeres sufre violencia por parte de sus parejas; y

de este grupo, el 36% corresponde a violencia física y un 71% psicológica. También se indica que el trato inadecuado a la mujer por su pareja durante el periodo de enamoramiento es un factor que aumenta la probabilidad de violencia durante la convivencia. La demanda de atención institucional por parte de mujeres afectadas por violencia familiar es del 27% (2).

Además es importante resaltar que la violencia contra la mujer siempre ha estado presente en la historia de la humanidad, prueba de ello son los crueles castigos como la lapidación que sufrían las féminas en la antigüedad. "Actualmente la violencia se ha hecho más visible debido a los medios de comunicación y las redes sociales". Las consecuencias más comunes de este tipo de hechos son: homicidio, lesiones graves, infecciones de transmisión sexual, vulnerabilidad a las enfermedades y suicidios, entre otros. Sus efectos traen graves consecuencias en la mujer, como la autoestima baja, miedo, stress, ansiedad, depresión, incomunicación y aislamiento (2).

En cuanto a la violencia de género durante el embarazo, en los reportes internacionales, se ha relacionado a la violencia con una mayor prevalencia de embarazo no planificado, práctica abortiva, depresión, suicidio, aislamiento social, síndrome de estrés postraumático, pre-eclampsia, ruptura prematura de membranas, parto pre-término, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, entre otras complicaciones. Todo lo anterior, hace que el antecedente de violencia contra la mujer se asocie con un incremento de costos en salud y un decremento en los estándares de calidad de vida. (3, 4).

Existen condiciones socioculturales que amenazan y afectan la calidad del embarazo y la salud de las gestantes, una de ellas es la violencia de pareja, ya que ocasiona daño físico y/o psicológico a la madre y puede llegar a afectar el bienestar fetal, este tipo de violencia es el menos reconocido públicamente, pues se oculta en el núcleo familiar, aunque se encuentra en todas las clases sociales. Este tipo de violencia es utilizada con el fin de intimidar psicológicamente o anular física, moral e intelectualmente a la mujer. Este tipo de violencia ejercida durante el embarazo se asocia a una serie de complicaciones físicas y psicológicas. Se ha identificado un mayor riesgo de presentar depresión en las mujeres que han experimentado graves complicaciones a lo largo del embarazo, entre ellas, exposición a violencia doméstica, inadecuado apoyo social, condición marital inestable o relaciones matrimoniales de mala calidad, bajo nivel socioeconómico, nivel educativo bajo o embarazos no deseados, y en aquellas situaciones en que la mujer basa su autoestima en la relación que establece con los demás y esta le resulta poco asertiva (9).

La mujer embarazada y agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y las drogas. Los efectos de la adicción a las drogas en el feto han sido bien documentados, pero los efectos de la depresión son más difíciles de determinar. Estos pueden incluir la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto. Las mujeres que sufren maltratos durante el embarazo tienen más probabilidades de sufrir depresión postparto (alrededor del 50%, según algunos autores). Algunos investigadores afirman que la depresión existe a menudo antes del parto,



pero que se descubre después. La madre siente un fuerte rechazo o apatía hacia el bebé, sobre todo cuando es un embarazo no deseado y fruto de la violencia pues ella siente que la pone en situación de debilidad lo que la hace más susceptible al sometimiento. Muchas de ellas sufren cuadros de ansiedad y depresión (10).

Además, se establece una crisis, el embarazo, con la particularidad de trascender en ese momento de plena maduración de la niña, y para el que difícilmente pueda estar preparado su cuerpo y su psiquis. La experiencia del embarazo marca un hito en la psicosexualidad femenina y puede estar acompañada por fantasías y ansiedades muy diversas, para cuya dilucidación es necesario tener en cuenta las circunstancias en que se produjo el embarazo, el deseo o el no deseo y la historia de vida personal y familiar. Sobre todo tomando en cuenta que no es un hecho aislado, ni que simplemente dependa de la niña, aunque en el nivel del discurso se diga "se embarazó" o quedo embarazada", como un hecho natural, si se es mujer por lo tanto es esperable que se embarace (4).

También, aparece la maternidad, las representaciones acerca de la maternidad, producto de ser madre y el sentimiento subjetivo que surge a partir del futuro hijo y del vínculo que se establezca con él. A lo cual deberíamos agregar las cuestiones vinculadas al padre y a la paternidad. Realizar una función materna que no siempre eligió, la coloca en posición de sometimiento a su biología, ciñéndola a un futuro regulado por su condición maternal y probablemente poco vinculado con la dinámica de la adolescencia, la que a su vez reclama protección y contención. La

maternidad adolescente involucra a dos seres, una niña(o)-madre, que no ha completado su desarrollo y un futuro hija/o en gestación; ambos necesitados de maternaje, por lo cual es necesario sostener emocionalmente a esta joven, cubrir ese maternaje, para que ella a su vez pueda ejercer su propia función materna (1).

## **1.2.- Antecedentes:**

**Paredes S, Villegas A, Meneses A, Rodríguez I, Reyes L, Andersson N. (2009)**, en su estudio “Violencia Física Intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México”; cuyo objetivo fue estimar la ocurrencia de la violencia física contra la embarazada sus factores asociados y la percepción de daños a la salud. Se entrevistó a 2389 mujeres, de las cuales 709 fueron seleccionadas y se les aplicó una encuesta. Resultados: En las mujeres entrevistadas sin la presencia del esposo, el 21% declaró ser víctima de violencia física, el 5.6 % reportó violencia intrafamiliar durante el último embarazo. Se encontró una asociación entre el maltrato físico en la embarazada y el sangrado transvaginal. La conclusión de este estudio fue la asociación entre la violencia física y los problemas obstétricos durante el embarazo (11).

**Valenzuela S. (2009)**, en su estudio “Violencia Intrafamiliar como Factor de Riesgo en la Mujer Embarazada y su Producto”, realizado en Colima-México, cuyo objetivo fue identificar la violencia intrafamiliar en la embarazada como un factor de riesgo para ella y su producto, estudio casos y controles, se aplicó un cuestionario de auto diagnóstico de violencia intrafamiliar con puntuación, considerándose casos de violencia a aquellos

que obtuvieron un puntaje entre los 12 y 45 puntos; y controles a la puntuación de 0 a 11. Las conclusiones entre otras fueron: La incidencia de violencia intrafamiliar fue del 30.8 % y se le identificó como un problema presente en la mujer embarazada (12).

**Colombo G, Ynoub R, Viglizzo M, Veneranda L, Iglesias G, Stropparo P. (2009)**, en su estudio “Prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer en la etapa de embarazo, parto y puerperio”. Buenos Aires Argentina. Se diseñó un protocolo que se aplicó a 529 mujeres en donde se detectaron los casos de violencia. Conclusiones: Se encontró una incidencia importante en los casos de violencia intrafamiliar asociada a embarazo adolescente. La incidencia de violencia en mujeres con gran número de hijos fue significativa. La violencia intrafamiliar, afecta a la población con alto nivel de instrucción. Se constataron efectos sobre la salud física y psíquica de las situaciones de violencia física o combinada con abuso sexual (13).

**Martínez P, Waysel R. (2009)**, en su estudio “Depresión en adolescentes embarazadas”, México, cuyo objetivo fue determinar los diferentes niveles de depresión en adolescentes embarazadas, cuya muestra estudiada consistió en 100 mujeres, 50 de las cuales eran menores de 18 años y se encontraban embarazadas, mientras que las 50 restantes eran mayores de edad en el mismo estado. Los resultados indican que aquellas adolescentes que no tenían una relación de pareja desarrollaron depresiones con sintomatología grave; dicha problemática se relacionó con agresión física y verbal, desempleo y falta de dinero. Por último, la mayoría de las mujeres que contaban con apoyo materno tendrían a desarrollar depresión leve, lo

cual es altamente significativo. Concluyendo que cabe mencionar que mientras que para muchas mujeres el embarazo es una etapa sumamente satisfactoria, para otras puede significar un periodo de angustia y depresión difícil de sobrellevar (14).

**Bonilla-Sepúlveda Ó. (2009)**, en su estudio “Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas”, estudio descriptivo de corte transversal que incluyó 125 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez en el año 2009 y 125 adolescentes no embarazadas estudiantes del colegio Jorge Eliécer Gaitán de la ciudad de Medellín(Colombia). Las participantes respondieron una encuesta de Zung para diagnóstico de depresión. Los resultados indican en las adolescentes embarazadas, la prevalencia de depresión fue del 32,8%, mientras que en el grupo de estudiantes no embarazadas fue del 16,8%. Se describen los factores de riesgo en los dos grupos. Concluyendo que la depresión es un problema de salud frecuente en el grupo de mujeres adolescentes embarazadas en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez (15).

**Salas A, Salvatierra D. (2012)**, en su estudio “Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012”. Lima Perú. Estudio comparativo, transversal, retrospectivo. Se dividió a la población en base a la presencia o ausencia de violencia intrafamiliar durante el embarazo, la muestra fue 116 puérperas adolescentes, distribuidas en dos grupos de 58 participantes cada uno. Resultados: la edad promedio de las puérperas

adolescentes fue  $17.1 \pm 1.2$  años; 56.9% alcanzó el nivel de instrucción secundaria incompleta; 50.9% manifiesto estado civil soltera. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). En el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, los cuales fueron: ITU (37.9%), anemia (34.5%), RPM (8.6%), pre-eclampsia (8.6%), parto pre-término (8.5%), amenaza de aborto (5.2%) y la vía de culminación del embarazo fue en su mayoría parto vaginal. En presencia de violencia intrafamiliar, se obtuvo diferencia significativa para la infección del tracto urinario, anemia y parto pre-término. La pre-eclampsia fue significativa en el grupo con violencia física. El parto pre-término fue el único resultado materno con asociación significativa ( $p < 0.05$ ) para los diferentes tipos de violencia intrafamiliar. Conclusiones: Los resultados maternos adversos son más frecuentes en las puérperas adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Se encontró asociación significativa para la infección de tracto urinario, anemia y parto pre-término (16).

**Cripe S, Sánchez S, Perales M, Lam N, García P, Williams M. (2008)**, en su estudio “Asociación de la violencia física y sexual en la pareja con embarazos no deseados entre las mujeres embarazadas en el Perú, cuya muestra fue 2167 mujeres que dieron a luz en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Resultado: violencia física o sexual (40,0%) y los embarazos no deseados (65,3%) eran comunes en la población estudiada. En comparación con las mujeres no maltratadas, las mujeres maltratadas tenían un riesgo 1,63 veces mayor para los embarazos no

deseados. Riesgo de embarazo no deseado era 3,31 veces mayor entre las mujeres que han experimentado abuso físico y sexual en comparación con las mujeres no maltratadas. La prevalencia y la gravedad de la violencia física durante el embarazo fue mayor entre las mujeres con embarazos no deseados en comparación con las mujeres con embarazos no planificados. Conclusión: Los resultados indican la necesidad de incluir la detección IPV y el tratamiento en la atención prenatal y de salud reproductiva (17).

**Távora-Orozco L, Orderique L, Zegarra-Samamé T, Huamaní S, Félix F, Espinoza K, et al. (2011)**, estudio “Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género”. El objetivo del estudio fue reactualizar la prevalencia de la violencia contra las mujeres atendidas en los servicios de obstetricia del Cono Sur de Lima Perú y establecer la asociación entre la violencia y patología materna y perinatal. El diseño de la investigación fue analítica del tipo cohorte y se aplicó una encuesta a 733 puérperas antes del alta. Se clasificó las respuestas en tres grupos: sin violencia (30.7 %), con historia de violencia (37,4 %) y con violencia durante el embarazo (31.9 %). En cada caso se revisó la historia clínica perinatal y se verificó las variables demográficas también las complicaciones maternas y perinatales. Se obtuvieron los siguientes resultados: En el grupo con violencia durante el embarazo, fue significativa la mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y neonatales así como una mayor mortalidad perinatal (18).

**Flores T, Schirmer J. (2009)**, en su estudio “Violencia intrafamiliar en la adolescencia en la ciudad de Puno-Perú”, realizado en el Hospital Manuel Nuñez Butrón y colegios de educación secundaria en la ciudad de Puno, a

partir del análisis de las entrevistas de 100 adolescentes embarazadas (casos) y 100 adolescentes no embarazadas (controles) se encontró: un 63% de casos de violencia física en comparación al 80% que reportaron las adolescentes no embarazadas. En ambos grupos la agresión física más frecuente fue el tirón de cabellos y el agresor con mayor porcentaje fue el padre. El 99% de adolescentes embarazadas refirió violencia psicológica siendo la causa más frecuente la desobediencia. La cifras de violencia sexual en el grupo de adolescentes embarazadas corresponde a un 53%, de las cuales 5.7% refieren como agresor a un familiar (tío) (19).

**Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, et al. (2009)**, en su estudio “Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes, abril junio 2009”. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Cuyo objetivo fue “Determinar las correlaciones y asociaciones de riesgo entre sintomatología depresiva y casos probables de depresión mayor según factores psicosociales. Estudio observacional transversal analítico en tres hospitales Lima, Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” (HONADOMANI) y Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). Muestra probabilística de 593 gestantes. Estructura multidimensional de dos factores que explica el 54.67% de la varianza. La prevalencia de casos probables de depresión mayor de 34.1%. Según regresión logística, fueron factores asociados independientes para probable depresión mayor: antecedente de aborto (OR=1.71; IC95%:1.15-2.54;  $p<0.01$ ), no planificación de embarazo (OR: 1.81; IC95%: 1.23-2.66;  $p<0.01$ ), apoyo emocional (OR:0.45; IC95%: 0.26-0.78;  $p<0.01$ ), apoyo afectivo (OR: 0.29;

IC95%: 0.19-0.43;  $p < 0.05$ ), antecedente de violencia (OR:3.96; IC95%: 2.68-5.85;  $p < 0.01$ ). La EPDS es un cuestionario confiable y posiblemente válido para ser utilizado en la identificación de sintomatología depresiva y de probables casos de depresión mayor en población gestante de Lima (Perú). El estudio revela una alta prevalencia de casos probables de depresión mayor y encuentra asociaciones significativas en relación a los factores psicosociales referidos por la literatura especializada (20).

**Vela E. (2009)**, en su estudio Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pre-término atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el periodo octubre 2008 - enero 2009, Lima Perú, Estudio de casos y controles, se estudió 60 puérperas; divididos en 30 casos de parto pre-término y 30 controles puérperas de parto a término. La información fue recogida mediante la entrevista estructurada y revisión de historias clínicas. Resultados: se encontró diferencia significativa en no tener empleo en el grupo caso (90%) frente al 66.7 % en el grupo control. ( $p=0.01$ ). El consumo de café como hábito nocivo mostró tener diferencia estadísticamente significativa sobre el parto pre-término. El 31.7% presentaron violencia física, el 16.7% de violencia sexual mientras que el de violencia psicológica fue el 68.3%. No se encontró la influencia de la violencia física sobre el parto pre-término (OR=0.63 IC 95%: 0.21 a 1.88). Se encontró que las mujeres víctimas de violencia sexual fueron 5 veces más propensas a tener un parto pre-término que las mujeres que no habían sido agredidas, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.080$  IC 95%: 0.981 a 26.430). Tampoco se encontró la influencia de la violencia psicológica sobre el parto pre-término (OR: 0.857; IC 95%: 0.23 a 2.55). En



conclusión: No encontramos evidencia para la influencia de la violencia psicológica y física con respecto al parto pre-término; existió cinco veces mayor probabilidad de parto pre-término en mujeres con violencia sexual (21).

**Minetto A. (2012)**, en su estudio “Violencia familiar e ideación suicida en adolescentes del Hospital San Juan Bautista de Huaral”, Perú, estableció correlaciones entre tipos de maltratos e ideación suicida. En el estudio se empleó un diseño no experimental. La muestra de 100 adolescentes de ambos sexos se obtuvo mediante el muestreo no probabilístico, sus edades fluctuaron entre los 12 y 17 años de edad. Los instrumentos aplicados fueron la ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil (modificada *ad hoc*) y la Escala de ideación suicida de Beck. Los resultados revelaron que en su mayoría, los adolescentes presentaron un nivel de violencia familiar promedio y un nivel de ideación suicida alto. Asimismo se encontró una correlación significativa entre violencia familiar e ideación suicida, ( $r= 0,656$ ), y correlaciones significativas entre maltrato psicológico ( $r= 0,476$ ), maltrato físico ( $r= 0,431$ ) y negligencia ( $r= 0,413$ ). Igualmente, se encontró relación entre violencia familiar e ideación suicida según el sexo (mujeres:  $r= 0,662$ ) y grupo etario (15-17a:  $r= 0,707$ ) (22).

**Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Hinostroza-Camposano W, Yancachajlla-Apaza M, Lam-Figueroa N, Chacón-Torrico H. (2010)**, en su estudio “características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú”, estudio transversal llevado a cabo en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre enero a marzo de 2010. Se

trabajó con una muestra probabilística y un muestreo sistemático. Se realizó una entrevista semiestructurada. El antecedente de violencia se operacionalizó en: violencia verbal (insultos, ridiculizaciones, humillación); violencia física (jalones del brazo, jalones de los cabellos, empujones); agresión directa (puñetes, cachetadas, patadas, quemaduras), y violencia sexual (relaciones sexuales sin consentimiento). Resultados. Se incluyeron 292 madres adolescentes. La edad promedio fue de  $16,5 \pm 1$  año. En cuanto a estado civil, el 47,9% era conviviente y el 51,4% soltera. El motivo del embarazo fue por relación consentida en el 97,3% y por violación sexual en el 2,7%. El 90,1% de las madres adolescentes refirió no haber planificado el embarazo. El antecedente de violencia reportado fue en 48,1% de violencia verbal; 17,1% violencia física; 8,2% agresión directa, y 6,8% de violencia sexual. Conclusiones. La violencia durante el embarazo adolescente no es un hecho aislado, sino que es altamente frecuente en cualquiera de sus formas (23).

**Távora- Orozco L, Zegarra-Samamé T, Zelaya C, Arias M, Ostolaza N. (2009)**, realizaron un estudio “Detección de la Violencia Basada en Género en tres servicios de atención de salud”, Lima – Perú, realizado en mujeres en edad reproductiva, en los hospitales Daniel Alcides Carrión, Santa Rosa y María Auxiliadora, titulado. Los resultados obtenidos fueron: el 61 % de 298 mujeres entrevistadas fue víctima de violencia (psicológica 54%, física 32.2%, sexual 21.1%, y sexual en la niñez 19.1%), la violencia física y psicológica tuvo como agresor principal a la pareja; en la violencia sexual el principal agresor fue un familiar cercano y la agresión ocurrió en la niñez (24).

**Chapa S, Ruiz M. (2011)**, en su estudio “Presencia de violencia familiar y su relación con el nivel de autoestima y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la I.E N° 0031 María Ulises Dávila Pinedo. Morales. Octubre - Diciembre 2011”, Tarapoto Perú, estudio descriptivo – correlacional, cuya muestra fue 135 alumnos, como instrumento utilizó la encuesta autodirigida, nivel de autoestima el Test De Rosenberg y la presencia de violencia familiar una encuesta con 07 ítems y en cuanto a la variable rendimiento académico se usó el promedio ponderado de los dos primeros trimestres de cada estudiante. Conclusiones: la mayoría de los estudiantes (64.5%) no alcanzan un óptimo nivel de autoestima. Pues el 50.4% de estos tiene un nivel de autoestima Media, y el 14.1% de los alumnos tienen autoestima Baja, lo que significa que del 100% sólo el 35.6% tiene autoestima elevada. Con respecto al nivel de rendimiento académico se concluye que la mayoría de los estudiantes (91.1%) no alcanzan un óptimo nivel de rendimiento. De estos alumnos el 30.4% tienen nivel medio, es decir las notas del primer y segundo trimestres están entre 13 – 14, promedios considerados en cierto modo como buenos. Queda demostrado que la violencia familiar está presente en la mayoría de los estudiantes del 1er y 2do de secundaria de la I.E N° 0031 María Ulises Dávila pinedo, con un porcentaje de 63% de la población estudiada. Así mismo se demostró que si existe relación entre las variables nivel de autoestima y rendimiento académico medio con la variable violencia familiar (25).

### **1.3 Bases teóricas:**

#### **Adolescencia:**

La Organización Panamericana de la Salud define a la adolescencia como la etapa de crecimiento y desarrollo, en donde ocurren los cambios biológicos y conductuales; que marcan el inicio de la adultez. Dicha etapa está comprendida entre los 10 a 19 años de edad. La Legislación Peruana en el Código de los Niños y Adolescentes, Ley N° 27337, Título Preliminar Art. I; considera adolescencia al período comprendido entre los 12 años hasta los 18 años de edad (26).

La OMS divide a la adolescencia en dos etapas:

\*Temprana (10 a 14 años), en esta etapa comienzan a manifestarse los cambios corporales y funcionales; destacando la aparición de la menarquía. Durante la adolescencia temprana los adolescentes tienen una mayor conciencia de su género; es en esta etapa donde pueden ser más vulnerables a la intimidación, al acoso sexual y la confusión sobre su identidad personal y sexual.

\*Tardía (15 a 19 años) en esta etapa el adolescente adquiere un aumento notable de la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo. Los adolescentes pueden sufrir un mayor riesgo de consecuencias negativas para la salud como la depresión, discriminación y abuso basado en el género, trastornos alimentarios derivados de la ansiedad sobre la imagen corporal y estereotipos culturales. Es importante conocer las características de estas etapas, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes que son más vulnerables a los peligros del entorno social (1).

Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2010); en el país, el 21% de la población total es adolescente, siendo el 20.1 % el porcentaje de mujeres adolescentes del total de la población femenina. Según el censo del 2007 son 4 000 084 los peruanos que tienen entre 12 y 18 años de edad, lo que representa casi el 13% de la población total. La adolescencia constituye un período de cambios a nivel físico, psicológico y social. Estos cambios aunados a la búsqueda de identidad; se asocian a una mayor vulnerabilidad y exposición a situaciones de riesgo que afectan su salud. Los conflictos emocionales y sociales que experimenta el adolescente tienen múltiples consecuencias; entre ellas el embarazo producto del inicio temprano de las relaciones sexuales (27).

### **Embarazo Adolescente**

La adolescencia es una etapa de transición que marca el inicio de la adultez. En esta etapa, el inicio temprano de relaciones sexuales y sin protección, expone a las adolescentes a infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. La maternidad en las adolescentes ocasiona problemas de índole biológico, psicológico y social lo cual repercute en la calidad de vida de la madre y de su familia con riesgo latente para el niño, por lo cual es considerado un producto de la patología social, negligencia paterna, carencia afectiva en el ambiente familiar, inseguridad, pobreza, ignorancia, violencia. Es por ello que este problema involucra a la sociedad y a la salud pública. Distintos autores afirman que el embarazo en la adolescencia es una condición de alto riesgo. Otros señalan que existe un riesgo obstétrico, superable con un adecuado control prenatal. Actualmente

el embarazo en la adolescencia se observa a edades cada vez más tempranas, lo cual resulta altamente desfavorable desde el punto de vista sanitario, no solo por sus consecuencias sociales, sino porque contribuye a elevar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; más aún cuando se asocia a la violencia intrafamiliar . La gestación en la adolescencia crea conflictos en el ambiente familiar; debido a la interrupción de la escolaridad, a la inserción laboral y la dependencia social y económica. Dicha situación propicia una atmósfera de violencia en torno a la adolescente. Los daños físicos y psicológicos que causa la violencia en la gestante adolescente conllevan a repercusiones en la salud de la mujer y el recién nacido (28).

### **Factores predisponentes en el embarazo adolescente**

Los factores que determinan el embarazo adolescente pueden variar de acuerdo a las características socioculturales de las diversas poblaciones; así por ejemplo, existen poblaciones en las cuales el embarazo en adolescentes es culturalmente aceptado, y por el contrario su no ocurrencia es rechazada; ésta situación se observa con frecuencia en las poblaciones selváticas. Sin embargo, el embarazo en adolescentes no es un patrón culturalmente aceptado en otras poblaciones como la de Lima. La causa de los embarazos adolescentes es multifactorial, observándose mayormente en adolescentes que provienen de hogares disfuncionales. Los medios de comunicación influyen en las relaciones sexuales precoces, el entorno y la presión de los amigos son factores importantes para la decisión del inicio de vida sexual prematrimonial; esto trae como consecuencia el embarazo adolescente no deseado, enfermedades de transmisión sexual y aborto (28).

### **La violencia:**

La OMS la define como: “el uso de liberado de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. La violencia se divide en tres grandes categorías: 1. *Violencia dirigida contra uno mismo*, comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones; 2. *Violencia interpersonal*, comprende dos subcategorías, la primera la violencia intrafamiliar entre miembros de la familia y la violencia comunitaria entre individuos no relacionados con el vínculo familiar. 3. *Violencia colectiva*, uso de la violencia en personas que se identifican como miembros de un grupo frente a un conjunto de individuos (1, 28).

### **Violencia intrafamiliar**

En la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, define a la Violencia Basada en Género como: “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual para las mujeres” incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o en la privada (1, 26).

La Organización Mundial de la Salud, incluye en su definición de violencia de género la especificidad de esta forma de violencia contra las mujeres. La violencia intrafamiliar es la forma más común de violencia contra la mujer; incluye formas de violencia infligidas por personas del medio familiar y

dirigido generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos. La Violencia Basada en Género es un fenómeno complejo que trasciende el escenario familiar, por ende la definición de Violencia Familiar se incluye dentro de la violencia contra la mujer (1).

De acuerdo a la Legislación Peruana, en el año de 1993, se promulgó la Ley 26260 y su modificatoria 26763; Ley de protección frente a la violencia familiar, la cual define a la violencia como: cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción graves, que se produzcan entre: a. Cónyuges; b. Convivientes; c. Ascendientes; d. Descendientes; e. Parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad; o f. Quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales (29).

Dicha Ley en complemento con el Código de los Niños y Adolescentes protegen a las mujeres y a los niños de cualquier manifestación de violencia familiar. Con la finalidad de mejorar el marco normativo se han realizado numerosas modificaciones a dicho dispositivo. Actualmente, existe una variedad de instrumentos normativos de protección frente a la violencia familiar; nacional e internacionales. En coordinación intersectorial destacan la creación del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual y el Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer 2009 -2015. En nuestro país, cada día ha aumentado el interés por conocer la situación actual del problema de la violencia intrafamiliar, así como sus implicancias. El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), informó que el 60% de los



embarazos en adolescentes de 12 a 14 años tienen origen en la violación (ámbito intrafamiliar), es decir 6 de cada 10 embarazos. Las cifras de violencia en el embarazo son preocupantes, debido a las consecuencias en la madre y el producto de la concepción. Las adolescentes embarazadas son un grupo vulnerable; el riesgo de padecer alguna complicación en el embarazo se incrementa con la violencia.

Los niveles de gravedad de cualquiera de estas formas de violencia dependen de la frecuencia del maltrato, de los objetivos del agresor y del grado de violencia utilizado. El maltrato empieza con violencia continuada, en la que el objetivo no es una lesión, sino el sometimiento, y su pronóstico es la perpetuación. La probabilidad de violencia durante el embarazo se incrementa en condiciones de alta vulnerabilidad física, psicológica y social de la mujer como en las adolescentes.

### **Consecuencias de la violencia**

La violencia durante el embarazo se ha asociado con bajo nivel socioeconómico, pobre ganancia ponderal materna, retraso o ausencia de cuidado prenatal, anemia, desnutrición, infecciones de transmisión sexual, morbilidad psicológica, estrés, adicciones al tabaco, alcohol o drogas y falta de apoyo social. Las madres adolescentes y los niños nacidos de madres adolescentes corren el riesgo de tener problemas a largo plazo en muchos aspectos importantes de la vida, incluyendo el fracaso en la escuela, la pobreza, la violencia familiar y sexual y las enfermedades físicas o mentales.

Por ello, el embarazo durante la adolescencia representa una crisis para la adolescente y para su familia. Las reacciones más comunes incluyen la ira, culpabilidad y el negarse a admitir el problema. El Colegio de Obstetras reconoce como un problema de salud pública y prioridad sanitaria la violencia contra las mujeres, ya que atenta contra sus derechos sexuales y reproductivos. Los Obstetras deben involucrarse en la atención integral de la persona víctima de violencia, identificando aspectos físicos, así como psicológicos y sociales (24).

### **La escala y círculo de la violencia**

La violencia intrafamiliar se manifiesta a través de los malos tratos que recibe cualquiera de sus miembros. La violencia que se ejerce sobre las mujeres en el marco de las relaciones de pareja o de afectividad es un fenómeno muy complejo con consecuencias muy graves a corto y largo plazo. La escala de la violencia se define como un proceso paulatino y ascendente de etapas en las que la intensidad y frecuencia de las agresiones se van incrementando a medida que pasa el tiempo; las cuales comienzan con conductas de abuso psicológico bajo la apariencia y expresión de actitudes de cuidado y protección por parte del agresor. Estas actitudes van denigrando la autoestima de la mujer logrando sentimientos de culpa.

El aumento progresivo de la violencia puede llegar hasta la agresión física e incluso puede causar la muerte. Esto se puede manifestar a través de los celos, control sobre las salidas y amistades, etc. La escala de la violencia se

inicia primero con agresiones psicológicas y agresiones verbales, para luego continuar con agresión física y en la gran mayoría de los casos termina en muerte. Paralelamente a la escala de la violencia se encuentra situado el círculo de la violencia el cual refleja el comportamiento del agresor y la víctima dentro del proceso violento, se han descrito tres etapas: Fase de tensión o acumulación, Fase de la agresión y Fase de remisión o calma.

### **La violencia familiar**

Alude a todas las formas de abuso que tiene lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. Se denomina relación de abuso a aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder incluye conductas de una de las partes que, por acción o por omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación. Es necesario subrayar que, para poder definir una situación familiar como un caso de violencia familiar, la relación de abuso debe ser crónica, permanentemente periódica. Por lo tanto, no están incluidas en la definición la situaciones de maltrato aisladas, que constituyen la excepción y no la regla dentro de las relaciones familiares .Cuando hablamos de violencia familiar nos referimos, pues a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclico al vínculo intrafamiliar. La violencia familiar está muy extendida e incluye una serie de conductas opresivas que implican el abuso psicológico y emocional, violencia física y agresión sexual (30).

## **Tipos de Violencia**

**a. Violencia Física:** el uso intencional de la fuerza contra el cuerpo de una persona para causar daño o dolor y la coerción entre los miembros de una familia, ya sea por parte del hombre contra la mujer o de cualquiera de los padres contra los niños(as) o adolescentes o viceversa, con el objeto de lograr que la víctima haga o deje de hacer algo que no desea o simplemente para causar sufrimiento en la persona agredida. Los criterios que se deben tener en cuenta en la evaluación de las lesiones incluyen la conducta lesiva e intencionalidad, los efectos de la lesión, los medios utilizados para lesionar y los elementos que acompañan a la lesión. No hay que olvidar el maltrato por omisión de cuidados, en caso de ser necesarios. Formas frecuentes de violencia familiar: Pellizcos, empujones, inmovilizaciones, bofetadas, jalones de pelo, apretones que dejan marcas, lanzamiento de objetos, golpes en diversas partes del cuerpo, mordeduras, asfixia (30).

**b. Violencia emocional o Psicológica:** es toda acción u omisión que cause daño a la autoestima y salud mental de otros miembros de la familia. Toda conducta orientada a la desvalorización de la otra persona (críticas permanentes, humillaciones e insultos), culpa (críticas y castigos), miedo (amenazas sobre su propia integridad física y la de sus hijos) y restricción de estímulos (aislamiento social, privarla de afecto y de cuidados cuando los necesita). El efecto es la reducción de la autoestima y la seguridad en sí mismas y causa tanto o más deterioro, de la salud física y mental en la víctima como la violencia física. Estos

actos atentan contra sus derechos humanos. Formas frecuentes son: Burlas, ridiculización, indiferencia y poca afectividad, percepción negativa del trabajo de la mujer, insultos repetidamente en privado y en público, culpabilizar de todos los problemas de la familia, amenazas de agresión física y abandono, generar un ambiente de terror constante, llamadas telefónicas para controlar, impedir satisfacción de sus necesidades de sueño, comida, educación, amenaza con contar las intimidades o cuestiones personales o reservadas, controlar con mentiras, contradicciones, promesas o esperanzas falsas, atacar su personalidad, creencias y opiniones, amenaza con quitarle a los hijos e hijas, amenazas de suicidio, intimidación, humillación pública y privada, aislamiento del resto de la sociedad, manipulación, abandono (30).

**c. Violencia Sexual:** Se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que imponen tener relaciones sexuales no deseadas mediante coacción, intimidación o indefensión. Son todos aquellos actos de connotación sexual, directos o indirectos, perpetrados generalmente por el hombre contra la mujer, con el objetivo de humillarla, degradarla y causarle sufrimiento. Manifestaciones de la violencia sexual: Asedio en momentos inoportunos, burla de su sexualidad, sea en público, en privado o ambos, acusación de infidelidad, exigencias para ver material pornográfico, tocar de manera no consentida, forzar a tocarlo o mirar lo que ella no desea, privar de momentos de amor y cariño, forzarle a desvestirle, violar (30).

**d. Violencia económica:** Esta es otra forma de controlar a la persona, haciéndola dependiente. Incluye el control y manejo del dinero,

propiedades y, en general, de todos los recursos de la familia por parte por una persona. Algunas manifestaciones de este tipo de violencia son: Hacer que la persona, mujer por lo general, tenga que dar todo tipo de explicaciones cada vez que necesita dinero, ya sea para uso de la familia o del suyo propio. Dar menos dinero del que se necesita a pesar de tener solvencia económica. Inventar que no hay dinero para gastos que la persona considera importantes. Disponer del dinero de la persona (sueldo, herencia, etc.). Que las propiedades derivadas del matrimonio estén a nombre de una sola persona. Privar de vestimenta, comida, transporte o refugio (30).

#### **Efectos de la violencia familiar:**

Todos los integrantes de la familia son víctimas de la violencia familiar, siendo los más afectados los niños que son quienes presencian la violencia contra su madre, pues experimentan traumas emocionales con graves secuelas que les pueden acarrear disturbios psicológicos con repercusiones de larga duración. Los niños de hogares violentos suelen volverse introvertidos y registran una actuación escolar pobre. Así mismo, corren alto riesgo de encontrarse atrapados en un ciclo interminable de revictimación, convirtiéndose muchos de ellos en abusivos y agresores en el futuro.

- ✓ **Efectos en lo personal:** la violencia familiar en la esfera de lo personal produce los siguientes efectos: **Temor:** constituye la reacción más común por las constantes amenazas y situaciones violentas vividas. **Inseguridad:** La persona agredida se muestra

indecisa e incompetente para la toma de decisiones, como consecuencias de la inestabilidad que tiene frente a la pareja y el no saber cómo enfrentar el problema. **Culpa:** la víctima asume que todo lo que le está sucediendo es únicamente su responsabilidad, se considera culpable de los hechos de violencia porque cree que en alguna medida merece ser castigada. **Vergüenza:** se expresa con la tendencia a silenciar la situación que atraviesa o con dificultad para expresar lo que le sucede. **Aislamiento:** la víctima tiene la sensación de ser única que tiene este tipo de problema, por lo cual le resulta difícil pedir ayuda.

- ✓ **Efectos en la salud:** **Baja autoestima:** poca o escasa valoración sobre su propia persona. La pérdida del amor y respeto a sí misma, genera problemas para desenvolverse en todos los ámbitos de la vida. **Depresión:** sentimiento de profunda tristeza y pérdida de sentido de la vida como consecuencia de no haber logrado la felicidad. **Dependencia Emocional:** la víctima se siente limitada en su actuación, pensamiento y sentimiento, porque sus decisiones van a depender de la aprobación del agresor. **Sentimientos Ambivalentes:** la víctima presenta sentimientos de amor y de odio, ya que recuerda experiencias no violentas y teme el abandono. **Enfermedad de transmisión sexual:** exige el riesgo de contagio de ITS, cuando la víctima es forzada a mantener relaciones sexuales forzadas. **Desarrollo de conductas nocivas** para la salud como alcoholismo, tabaquismo, drogadicción. **Desordenes de la alimentación;** bulimia, anorexia.

## **Repercusiones de la violencia familiar en el embarazo**

La violencia intrafamiliar comprende un conjunto de conductas aprendidas de tipo coercitivas cuyas dimensiones comportan la violencia física, psicológica y sexual. La violencia física, acarrea numerosas consecuencias negativas para la salud; entre ellas podemos citar las lesiones, los traumatismos y las secuelas psíquicas. Las 14 secuelas provocadas por el maltrato físico suelen ser evidentes, pero el deterioro en la calidad de vida de las víctimas de agresión, se detecta con mayor dificultad. La violencia psicológica menoscaba la integridad emocional de la persona y en la mayoría de los casos precede a la agresión física. La violencia psicológica y sexual produce secuelas alarmantes en la esfera emocional de la víctima, implicancias que actúan en el tiempo, con impacto en la salud mental de las mujeres. La violencia intrafamiliar causa tensión y deterioro psíquico e influye en la aparición de trastornos como la depresión, ansiedad y estrés. Golding (1999), Ellsberg (1999), Fischbach y Herbert (1997); citado por Pallitto en el 2004, observaron una relación significativa entre el maltrato y los problemas de salud mental, como la tendencia al suicidio, el trastorno por estrés postraumático y la depresión (26).

La violencia en el embarazo, afectada la salud física, mental y la calidad de vida. Los niveles altos de ansiedad y depresión en las embarazadas aumentan significativamente el riesgo de partos prematuros. Diversas investigaciones han observado la asociación entre la depresión y el parto pre-término. Orr y cols., en el 2002, en un estudio realizado en mujeres afroamericanas encontraron asociación de las mujeres con síntomas



depresivos y el parto pre-término. En un estudio realizado por Jesse y cols., en el 2003, en 120 embarazadas entre las 16 y 28 semanas de gestación; encontraron que las mujeres con síntomas de depresión, niveles más bajos de autoestima y con una percepción negativa del embarazo tenían una probabilidad significativa de parto pre-término. Los factores psicosociales del estrés se han relacionado con el parto prematuro, Dole y cols. (2003), en un estudio prospectivo de cohorte en 1962 mujeres embarazadas en el centro de Carolina del Norte, encontró un mayor riesgo de parto prematuro entre las mujeres con recuentos altos de ansiedad relacionada con el embarazo (1, 26).

La depresión se ha relacionado con resultados maternos adversos, incluyendo partos prematuros; el apoyo social protege a la gestante de los eventos adversos de la depresión. Las mujeres víctimas de violencia pueden presentar síntomas funcionales debidos a la depresión. En un estudio realizado por Campbell, en el 2002, las mujeres 15 maltratadas tenían asociación significativa con el dolor de cabeza, dolor de espalda, enfermedades de transmisión sexual, sangrado vaginal, infecciones vaginales, dolor pélvico, relaciones sexuales dolorosas, infecciones del tracto urinario, pérdida de apetito, dolor abdominal y problemas digestivos. En el estudio de Stewart y Cecutti (1993), el 6.6% de gestantes manifestaron violencia física durante el embarazo. El análisis factorial reveló tres factores asociados al abuso físico; la inestabilidad social, el estilo de vida poco saludable (la mala alimentación, el consumo de alcohol, uso de drogas ilícitas y los problemas emocionales) y problemas físico relacionados a la angustia emocional. Los factores mencionados y el abuso psíquico

conlleven a un déficit en el aumento del peso materno (Parker y cols. 1994, Campbell y cols. 2002). Las mujeres víctimas de violencia pueden tener consecuencias en la salud, entre ellas trauma emocional, problemas de salud crónicos e infecciones y las complicaciones del embarazo (1, 26, 30).

La violencia en el embarazo adolescente constituye un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones o patologías asociadas a la gestación . Planteamientos hipotéticos, con el objetivo de determinar la asociación de la violencia y los resultados maternos, postulan a la situación psicosocial como un factor que facilita el desarrollo de patologías en el embarazo. El entorno en la gestación, condiciona la aparición de estresores psicosociales como la violencia y la disfunción familiar; los cuales complican el desarrollo del embarazo y contribuyen a una mayor morbilidad materna. El apoyo social compensa los efectos negativos de la violencia. La detección oportuna de los casos de violencia en el embarazo incrementa la posibilidad de identificar los factores de riesgo y factores estresores, así como el habilitar medidas de prevención e intervención para reducir los resultados adversos en la salud materna (30).

### **La Depresión**

Es un trastorno que se presenta durante los años de la adolescencia y se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades comunes. Melanie Klein (1948) propuso una base psicodinámica distinta para explicar el desarrollo de la depresión, la base de la de presión se forma en el primer año de vida. La autora afirmaba que todos los niños atraviesan un estado

evolutivo, al que dio el nombre de **actitud depresiva**, se caracteriza como fase de tristeza, temor y culpa. Muchos investigadores comprueban la aplicación que hace Klein de las reacciones, valoraciones y emociones, propias del adulto, a la psique infantil. La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés. En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle nuestra atención, ya que durante ésta se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto. La evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los 11 años. La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos. El embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.

En las adolescentes el mayor riesgo comparativo observado no parece ser debido tanto a las especiales condiciones fisiológicas, sino más bien, a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente. En la actualidad el término depresión tiene diferentes connotaciones, por lo que es importante aclarar que clínicamente podemos considerar a la depresión como un estado de ánimo, un síndrome y una enfermedad. El síndrome de depresión, tendría más que ver con una serie de signos y síntomas, divididos en 4 categorías: **Estado de ánimo.** Triste, melancólico, infeliz, hundido, vacío, preocupado, irritable; **Síntomas Cognitivos.** Pérdida de interés, dificultades de concentración, baja autoestima, pensamientos negativos, indecisión, culpa, ideas suicidas, alucinaciones, delirio; **Conductuales.** Retraso o agitación psicomotora, tendencia al llanto, retraimiento social, dependencia, suicidio; **Somáticos.** Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), fatiga, aumento o disminución del apetito, pérdida o aumento de peso, dolor, molestias gastrointestinales, disminución de la libido.

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. El embarazo durante la adolescencia presenta normalmente una crisis para la joven que

está en estado y para su familia. Las reacciones más comunes incluyen la ira, la culpabilidad y el negarse a admitir el problema. Si el padre es joven también y se involucra, es posible que las mismas reacciones ocurran con su familia. La depresión diagnosticada más a menudo y de mayor gravedad se llama episodio depresivo mayor y dura al menos dos semanas e incluye síntomas cognoscitivos y funciones físicas perturbadas a tal punto que la más ligera actividad o movimiento exige un esfuerzo abrumador. El episodio se acompaña por lo común de una marcada pérdida de interés y de la capacidad de experimentar cualquier placer de la vida, incluidas las interacciones con la familia o los amigos y los logros laborales o escolares.

### **Causas de la depresión**

- Situaciones y factores de estrés, común en los adolescentes debido al proceso de maduración.
- Producto de un suceso perturbador como la muerte de un ser querido, fracasos escolar o amoroso.
- Baja autoestima y excesos en la autocrítica.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Moral rígida.
- Sentimientos de culpa excesivos.

### **Síntomas de la depresión.**

- Caída del ánimo
- Pérdida de energía e interés
- Sensación de enfermedad física o debilitamiento

- Baja concentración
- Apetito y sueño alterados
- Disminución de las funciones físicas y mentales

#### **1.4 Justificación:**

El problema de la violencia familiar es un problema de salud pública a nivel mundial, que se agudiza en los países en desarrollo, por las condiciones de la cultura y costumbres de la población, en especial por el machismo arraigado que dificulta el desarrollo integral de la mujer, en especial de las madres adolescentes.

A nivel nacional, se reportan multiplicidad de denuncias por violencia familiar, las mismas que van desde la agresión física hasta la agresión sexual. Se conoce que el promedio de casos de violencia familiar se da en 4 de cada 10 familias, lo cual de por si es alarmante. Además, el 65% de las mujeres casadas han reportado denuncias sobre violencia sufrida por parte de sus esposos, por estos datos y las consecuencias negativas que genera en la madre y el niño es importante realizar el estudio (2).

En cada país el tratamiento legal de la violencia familiar constituye un proceso en construcción, años anteriores no existía ninguna norma que abordará esta problemática, sin embargo paulatinamente, las autoridades están enfrentando una nueva situación, que es muy importante darles a conocer mediante evidencia científica.

También el estudio permitirá conocer la realidad actual de la violencia como un marcador de depresión en nuestras adolescentes, ya que estudios muy rigurosos pero parciales, realizados en nuestro país, indican que no estamos exentos de violencia doméstica, el denominador común es la inexistencia de estadísticas sobre esta problemática.

En la región de San Martín la violencia familiar todavía sigue siendo un problema macro social, la incidencia es muy significativa pues se registran denuncias donde el 70% corresponden a violencia familiar, donde el principal agresor es el conyugue y el entorno familiar (3).

Es conveniente realizar el presente estudio porque sabemos que en nuestro país, la violencia familiar crece día a día, muchos de nosotros somos testigos de cómo la violencia en los hogares se presenta en la mayoría de los casos con consecuencia fatales que afectan la integridad de la mujer, su niño por nacer y la familia en su conjunto. Sin embargo debemos entender que los principales afectados son los hijos, quienes muestran una marcada baja autoestima como consecuencia de la violencia en sus hogares, violencia que si bien no es visible, al menos sale a relucir con el deterioro de la familia y por los medios de comunicación.

En la actualidad los adolescentes se enfrentan a un mundo globalizado, en el que el tipo de vida los lleva y los envuelve en el estrés y la falta de comunicación con las personas y aún más importante con la familia, lo que ocasiona que los adolescentes no tengan diálogo con los padres acerca de un tema o situación problemática. En ocasiones, los jóvenes no mantienen una buena relación familiar y cuando se presenta alguna situación no toman

las decisiones adecuadas o no tienen la confianza para dialogar en familia en temas como la sexualidad, lo que puede traer como consecuencia embarazos no deseados.

Por tal razón el presente estudio se justifica porque permite identificar los distintos tipos de violencia y su relación existente con la depresión en adolescentes embarazadas para poder documentar el problema y tomar acciones oportunas que pueden traducirse en establecer un programa de prevención de la violencia familiar para mejorar las condiciones de vida de la población, tener logros sociales, y trabajar articuladamente el problema con las autoridades locales. Así mismo dar a conocer las desventajas y repercusiones que trae en la familia el problema de la violencia familiar en la localidad y en toda la sociedad.

### **1.5 Problema:**

¿Existe relación entre la Depresión durante el embarazo y la violencia familiar en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015?



## **II. OBJETIVOS:**

### **2.1. Objetivo general:**

Determinar la relación entre la depresión durante el embarazo y la violencia familiar en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.

### **2.2. Objetivos específicos:**

- Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Identificar los tipos de violencia familiar en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.
- Determinar los grados de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.
- Identificar el tipo de violencia y el grado de depresión de mayor relación en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.

### 2.3. Hipótesis de Investigación:

Si existe relación significativa entre la depresión durante el embarazo y la violencia familiar en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto Julio – Diciembre 2015.

## 2.4. Operacionalización de Variables:

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operativa</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>
Variable Independiente  <b>Violencia familiar</b>	Uso de la fuerza y coerción entre los miembros de una familia para producir daño con el objetivo de lograr que la víctima haga o deje de hacer algo que no desea para causar sufrimiento en la persona agredida.	Fuerza y coerción física, emocional, sexual o económica ejercida de los miembros de una familia sobre la gestante adolescente	*Física   *Psicológica   *Sexual	-Pellizcos -Empujones. -Cachetadas -Jalones de Pelo -Apretones que dejan marcas. -Lanzar con algún objeto -Puñetazos -Patadas -Mordeduras -Asfixia.  -Burlas. -Ridiculización. -Indiferencia. -Poca afectividad -Negativismo del trabajo de la mujer -Insultos. -Culpabilizar. -Amenazas de agresión física o abandono. -Discriminación -Humillación.  -Tocamientos indebidos/no deseados -Acoso -Insinuaciones. -violación. -Burla de su sexualidad -Forzar a desvestirse -Obligar a ver	Nominal Si / No

				pornografía	
			*Económica	-Disponer su dinero (sueldo o herencia) -Privar de vestimenta o transporte o refugio -Dar lo mínimo de dinero para la comida	
<b>Variable Dependiente</b>  Depresión en la gestante adolescente	Trastorno que se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades comunes.	Es la manifestación de sentimientos de tristeza, desánimo, baja autoestima que presenta la adolescente embarazada	*Estado de ánimo  *Síntomas Cognitivos  *Síntomas Somáticos	-Triste -Preocupado -Irritable  -Pérdida de interés -Baja autoestima -Pensamientos negativos -Culpa -Indecisión  -Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia) -Fatiga -Aumento o disminución del apetito -Pérdida o aumento de peso -Molestias gastrointestinales	Nominal Si / No  Sin depresión(1 a 4 respuestas favorables) Depresión baja(5 a 7 respuestas favorables) Depresión media(8 a 10 respuestas favorables) depresión alta(11 a 13 respuestas favorables)

(\*)Tomado y adaptado de: Ramos-Brieva J, Cordero Villafai la A. Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión.

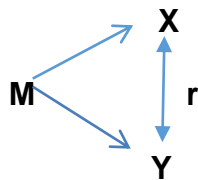
### III. METODOLOGIA:

#### 3.1 Tipo de estudio:

Estudio Cuantitativo- Descriptivo- Correlacional- Transversal; aplicado en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto.

#### 3.2 Diseño de investigación:

Descriptivo correlacional



**M:** muestra, gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto julio – diciembre 2015.

**X:** variable independiente, tipo de violencia familiar en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto julio – diciembre 2015

**Y:** variable dependiente, depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto julio – diciembre 2015

**r :**relación entre la violencia familiar y la depresión gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto julio – diciembre 2015

#### 3.3 Universo, población y muestra:

**Universo:**

Conformado por todas las gestantes que acuden al servicio de obstetricia del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.

**Población:**

Conformada por 120 gestantes adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015, información obtenida del área de estadística.

**Muestra:**

Conformada por 120 (100%) gestantes adolescentes que se atiende en el servicio de obstetricia del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.

**Unidad de Análisis**

Una gestante adolescente.

**3.3.1 Criterios de inclusión:**

- Gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto.
- Gestantes adolescentes que aceptan participar del estudio.
- Gestantes adolescente con capacidad física y mental para responder al cuestionario.

**3.3.2 Criterios de exclusión**

- Gestantes adolescentes referidas de otro establecimiento de salud.

### **3.4 Procedimiento:**

- Se elaboró el proyecto de investigación el cual será presentado a la Decanatura de la Facultad Ciencias de la Salud para su aprobación.
- Posteriormente se procedió con la validación del instrumento de investigación elaborado para su posterior aplicación.
- Seguidamente se solicitó ante la dirección del Hospital MINSA II- 2 Tarapoto la autorización para desarrollar el estudio y se nos brinde todas las facilidades que fueran necesarias.
- Seguidamente se revisó los registros de las atenciones prenatales para proceder a la identificación y selección de las gestantes adolescentes para aplicación del instrumento de estudio.
- Luego aplicó la encuesta con apoyo de encuestadores quienes brindaran la información necesaria a las participantes del estudio.
- Posteriormente se revisó la información por cada caso para asegurar que sea la correcta y seguidamente se elaborará la base de datos para vaciar dicha información.
- Posteriormente se realizó la tabulación, análisis y procesamiento de la información y resultados obtenidos.
- Seguidamente se procedió con la elaboración del informe de la investigación, el cual será presentado para su revisión y aprobación.
- Por último se procedió con la sustentación de la investigación.

### **3.5 Métodos de instrumentos de recolección de datos:**

Como método de estudio se aplicó una encuesta para lo cual se entrevistó a la gestante adolescente atendida en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto.

#### **Instrumento de recolección de datos**

Como instrumento se empleó un cuestionario de preguntas para mediar ambas variables, el cual consta de tres partes, la primera parte corresponde a los datos generales que comprenden datos relacionados a las características sociodemográficas, la segunda parte contiene preguntas relacionadas a la violencia familiar que pudiera manifestar las gestantes adolescentes y la tercera parte contiene preguntas dirigidas a determinar la depresión en las gestantes adolescentes.

La parte de violencia familiar comprende preguntas para determinar la violencia física 10 preguntas, violencia psicológica preguntas, violencia sexual 7 preguntas y violencia económica 3 preguntas que hacen un total de 30 preguntas.

Para la parte de depresión se ha considerado 13 preguntas, las cuales se han dividido en tres partes: estado de ánimo 3 preguntas, síntomas cognitivos 5 preguntas, síntomas somáticos 5 preguntas. La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los ítems, oscilando entre 0-13.

Para calcular el nivel de presión se ha considerado que:

- Sin Depresión: de 1 a 4 respuestas favorables
- Depresión Baja: de 5 a 7 respuesta favorables
- Depresión media: de 8 a 10 respuesta favorables
- Depresión alta de 11 a 13 respuestas favorables

(\*)Tomado y adaptado de: Ramos-Brieva J, Cordero Villafai la A. Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión.

### **3.6 Plan de tabulación y análisis de datos:**

La información final fue procesada en el software SPSS versión 21. Se utilizó la distribución de medidas de tendencia central como: mediana y media, con el 95% de nivel de confianza. Se utilizó las técnicas estadísticas necesarias haciendo uso del Ji cuadrado ( $X^2$ ). Se obtuvo las funciones absolutas y porcentuales analizando los resultados finales. Los resultados se presentaron en tablas simples y gráficos.



#### IV. RESULTADOS:

**Tabla N° 01:** Características sociodemográficos de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.

<b>Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes</b>		<b>N° Gestantes adolescentes</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b> Promedio: <b>16.4 años</b> D. Estándar: <b>1.4 años</b>	13 a 14 años	09	07.5
	15 a 17 años	79	65.8
	18 a 19 años	32	27.0
	<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>
<b>Grado de instrucción</b>	Primaria	12	10.0
	Secundaria	93	77.5
	Superior	15	12.5
	<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>
<b>Estado civil</b>	Soltera	60	50.0
	Casada	11	9.2
	Conviviente	49	40.8
	<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>
<b>Procedencia</b>	Tarapoto	43	35.8
	Cacatachi	9	7.5
	Bda. De Shilcayo	32	26.7
	Juan Guerra	13	10.8
	Morales	23	19.2
	<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>
<b>Religión</b>	Católica	97	80.8
	Evangélica	13	10.8
	Adventista	10	8.3
	<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación

Se observa que el 65,8% (79) de las gestantes adolescentes tienen una edad entre 15 a 17 años, seguido del 27,0% (32), que tienen una edad entre 18 y 19 años. El promedio de edad de las gestantes adolescentes en estudio es de  $16,4 \pm 1,4$  años.

El 77,5% (93), de las gestantes adolescentes tienen grado de instrucción secundaria, seguido del 12,5% (15) que tienen estudios superiores. Asimismo el 10,0% tienen estudios de primaria. Con respecto al estado civil, el 50,0% (60) gestantes adolescentes son solteras, el 40,8% (49) son convivientes y el 9,2% (11) son casadas.

La mayoría de las gestantes adolescentes que se atienden en el hospital proceden de Tarapoto, en un 35,5% (43); el 26,7% (32) proceden de Juan Guerra, el 19,2% (23) proceden de Morales.

El 80,8% (97) gestantes adolescentes atendidas en el Hospital profesan la religión católica; seguidas del 10,8% (13) son evangélicas y el 8,3% (10) son adventistas.

**Tabla N° 02:** Tipos de violencia familiar en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.

Tipo de violencia familiar	Violencia física		Violencia psicológica		Violencia sexual		Violencia económica	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>No</b>	45	37.5	25	20.8	71	59.2	39	32.5
<b>Sí</b>	75	62,5	95	79.2	49	40.8	81	67.5
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación

Observamos que el tipo de violencia que más predomina es la psicológica con el 79,2% (95) gestantes adolescentes; seguido de la violencia económica con el 67,5% (81) de las adolescentes; seguido de la violencia física con un 62,5% (75) de las adolescentes. Por último la violencia sexual alcanzó el 40,8% (49).

**Tabla N° 03:** Grados de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.

<b>Grados de depresión</b>	<b>N° de gestantes adolescentes</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Sin depresión	35	29.2
Depresión baja	28	23.3
Depresión media	45	37.5
Depresión alta	12	10.0
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación

Evidenciamos los grados de depresión en gestantes adolescentes, donde el 37,5% (45) de las gestantes en estudio sufren de depresión media, seguido del 23,3% (28) que sufren depresión baja y el 10,0% (12) sufre de depresión alta. Asimismo observamos que el 29,2% de las gestantes no sufren depresión. También cabe resaltar que si sumamos la depresión media y alta encontramos que el 47,5% (55) gestantes sufren de depresión lo cual lo determina como un problema de salud que puede afectar el bienestar e integridad de sí misma y su bebé.

**Tabla N° 04:** La violencia física y su relación con el grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.

Grado de depresión		Violencia Física		Total
		No	Sí	
Sin depresión	N°	23	12	35
	% del total	19,2%	10,0%	29,2%
Depresión baja	N°	18	10	28
	% del total	15,0%	8,3%	23,3%
Depresión media	N°	3	42	45
	% del total	2,5%	35,0%	37,5%
Depresión alta	N°	1	11	12
	% del total	0,8%	9,2%	10,0%
Total	N°	45	75	120
	% del total	37,5%	62,5%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación

Observamos que el 35,0% (42) de las gestantes en estudio tienen una depresión media por la violencia física que padecen; el 9,2% (11) tienen una depresión alta por la violencia física que padecen; el 8,3% (10) tienen una depresión baja por la violencia física que padecen. Asimismo el 10% (12) de las gestantes adolescentes sufren violencia física pero no desarrollaron depresión, lo cual indica que no todas las mujeres con violencia física llegan a manifestar depresión.

Esta evidencia, se contrasta con la prueba de hipótesis con la distribución Ji-cuadrada, resultando que el valor de la  $X^2$  es de 43,068 y  $p = 0,000$  (SPSS. V.22) a un nivel de significancia del 5%. (Si  $p < 0,05$ , entonces se acepta la relación significativa).

Entonces la relación es significativa al 5%, por lo que se concluye que la relación entre la violencia física y el grado de depresión es significativa.

**Pruebas de chi-cuadrado**

Violencia física – grado de depresión.	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	43,068	3	<i>p= 0,000</i>
N de casos válidos	120		

**Tabla N° 05:** La violencia psicológica y el grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.

Grado de depresión		Violencia Psicológica		Total
		No	Sí	
Sin depresión	N°	12	23	35
	% del total	10,0%	19,2%	29,2%
Depresión baja	N	10	18	28
	% del total	8,3%	15,0%	23,3%
Depresión media	N°	3	42	45
	% del total	2,5%	35,0%	37,5%
Depresión alta	N°	0	12	12
	% del total	0,0%	10,0%	10,0%
Total	N°	25	95	120
	% del total	20,8%	79,2%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación

Se observa que el 35,0% (42) de las gestantes en estudio tienen una depresión media por la violencia psicológica que sufren; seguido del 15,0% (18) que tienen una depresión baja y tienen una violencia psicológica; el 10,0% (12) tienen una depresión alta y sufren una violencia psicológica. Asimismo se observa que el 19,2%

(23) de las gestantes adolescentes sufren de violencia psicológica pero no sufren de depresión, es decir que no siempre la violencia psicológica conlleva a la depresión.

Esta evidencia, se contrasta con la prueba de hipótesis con la distribución Ji-cuadrada, resultando que el valor de la  $X^2$  es de 16,233 y  $p = 0,001$  (SPSS. V.22) a un nivel de significancia del 5%. (Si  $p < 0,05$ , entonces se acepta la relación significativa)

Entonces la relación es significativa al 5%, por lo que se concluye que la relación entre la violencia psicológica y el grado de depresión es significativa.

#### Pruebas de chi-cuadrado

Violencia psicológica – grado de depresión	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	16,233	3	<b><math>p=0,001</math></b>
N de casos válidos	120		

**Tabla N° 06:** La violencia sexual y el grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.

Grado de depresión		Violencia sexual		Total
		No	Sí	
Sin depresión	N°	25	10	35
	% del total	20,8%	8,3%	29,2%
Depresión baja	N°	22	6	28
	% del total	18,3%	5,0%	23,3%
Depresión media	N°	20	25	45
	% del total	16,7%	20,8%	37,5%
Depresión alta	N°	4	8	12
	% del total	3,3%	6,7%	10,0%
Total	N°	71	49	120
	% del total	59,2%	40,8%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación

Evidenciamos que el 20,8% (25) de las gestantes en estudio tienen una depresión media por la violencia sexual que padecen; el 6,7% (8) de las gestantes en estudio tienen una depresión alta por la violencia sexual que padecen; el 5% (6) de las gestantes en estudio tienen una depresión baja por la violencia sexual que padecen. Asimismo el 8,3% (10) de las gestantes adolescentes sufren violencia sexual pero no hicieron depresión, lo cual determina que no siempre la violencia sexual conlleva a la depresión.

Esta evidencia, se contrasta con la prueba de hipótesis con la distribución Ji-cuadrada, resultando que el valor de la  $X^2$  es de 13,894 y  $p = 0,003$  (SPSS. V.22) a

un nivel de significancia del 5%. (Si  $p < 0,05$ , entonces se acepta la relación significativa)

Entonces la relación es significativa al 5%, por lo que se concluye que la relación entre la violencia sexual y el grado de depresión es significativa.

#### Pruebas de chi-cuadrado

Violencia sexual – grado de depresión	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13,894	3	<b><math>p = 0,003</math></b>
N de casos válidos	120		

**Tabla N° 07:** La violencia económica y el grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.

Grado de depresión		Violencia económica		Total
		No	Sí	
Sin depresión	N°	17	18	35
	% del total	14,2%	15,0%	29,2%
Depresión baja	N°	10	18	28
	% del total	8,3%	15,0%	23,3%
Depresión media	N°	11	34	45
	% del total	9,2%	28,3%	37,5%
Depresión alta	N°	1	11	12
	% del total	0,8%	9,2%	10,0%
Total	N°	39	81	120
	% del total	32,5%	67,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia de la investigación



Se observa que el 28,3% (34) de las gestantes en estudio tienen una depresión media por la violencia física que sufren; el 9,2% (11) tienen una depresión alta por la violencia económica a la que son sometidas y el 15% (18) tienen una depresión baja por la violencia económica a la que son sometidas. Asimismo el 15% (18) de las gestantes adolescentes sufren violencia económica pero no manifestaron depresión, lo cual indica que la violencia económica no siempre conlleva a la depresión.

Esta evidencia, se contrasta con la prueba de hipótesis con la distribución Ji-cuadrada, resultando que el valor de la  $X^2$  es de 8,779 y  $p = 0,032$  (SPSS. V.22) a un nivel de significancia del 5%. (Si  $p < 0,05$ , entonces se acepta la relación significativa)

Entonces la relación es significativa al 5%, por lo que se concluye que la relación entre la violencia económica y el grado de depresión es significativa.

**Pruebas de chi-cuadrado**

Violencia económica – grado de depresión	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,779	3	<b><math>p=0,032</math></b>
N de casos válidos	120		

## **V. DISCUSION:**

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación que existe entre la depresión y la violencia familiar en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, lo cual nos conllevará a contribuir a disminuir un problema social como es la violencia y la depresión en las mujeres adolescentes gestantes, ya que muchas de ellas terminan afectando tanto su salud como la de su niño.

La presente investigación está sujeta al análisis comparativo y de discusión de los resultados con trabajos similares, donde encontramos en el resultado 1 que la población estudio se caracteriza por: el 65,8% (79) de las gestantes adolescentes tienen una edad entre 15 a 17 años; el 77,5% (93), de las gestantes adolescentes tienen grado de instrucción secundaria; de estado civil solteras con el 50,0% (60), en su mayoría de las gestantes proceden de Tarapoto con 35,5% (43) y el 80,8% (97) gestantes adolescentes profesan la religión católica.

Lo cual concuerda con lo encontrado con Salas A, Salvatierra D (2012), la edad promedio de las puérperas adolescentes fue  $17.1 \pm 1.2$  años; 56.9% alcanzó el nivel de instrucción secundaria incompleta; 50.9% manifiesto estado civil soltera. Así mismo concuerda con lo encontrado por Minetto A. (2012) cuyas edades fluctuaron entre los 12 y 17 años de edad. También con lo indicado por Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Hinostroza-Camposano W, Yancachajlla-Apaza M, Lam-Figueroa N, Chacón-Torrico H. (2010), cuya población tuvo una edad promedio de  $16,5 \pm 1$  año y de estado civil, el 47,9% conviviente y el 51,4% soltera.

Lo cual nos permite establecer que las gestantes adolescentes con edad entre 15 a 17 años, con grado de instrucción secundaria; de estado civil solteras, de procedencia urbana y que profesan la religión católica, son las que mayormente sufren de violencia y depresión durante su desarrollo lo cual no conlleva a trabajar directamente con los padres que por condiciones laborales descuidamos muchas veces a los hijos, generando en ellos violencia y depresión, lo cual debe ser revertido para no generar una población con violencia hacia el futuro.

El resultado 2 nos muestra los tipos de violencia que más predomina en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, donde resalta la violencia psicológica con el 79,2% (95) gestantes adolescentes; seguido de la violencia económica con el 67,5% (81) de las adolescentes; seguido de la violencia física y familiar con un 62,5% de las adolescente; y por último la violencia sexual alcanzó el 40,8% (49).

Lo cual concuerda con lo encontrado por Paredes S, Villegas A, Meneses A, Rodríguez I, Reyes L, Andersson N. (2009), quienes encontraron que el 21% de las mujeres declaró ser víctima de violencia física, el 5.6 % reportó violencia intrafamiliar durante el último embarazo. Así mismo Valenzuela S. (2009) concluye que la incidencia de violencia intrafamiliar fue del 30.8 %. También concuerda con lo encontrado por Salas A, Salvatierra D. (2012), donde el tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). A su vez concuerda con los hallazgos de Flores T, Schirmer J. (2009), con un 63% de casos de violencia física y el 99% de adolescentes

embarazadas refirió violencia psicológica y el 53% violencia sexual. También concuerda con lo encontrado por Vela E. (2009), El 31.7% presentaron violencia física, el 16.7% de violencia sexual mientras que el de violencia psicológica fue el 68.3%. Y a su vez con Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Hinostroza-Camposano W, Yancachajlla-Apaza M, Lam-Figueroa N, Chacón-Torrico H. (2010), indica como antecedente de violencia en 48,1% de violencia verbal; 17,1% violencia física; 8,2% agresión directa, y 6,8% de violencia sexual. Igualmente con Távara- Orozco L, Zegarra-Samamé T, Zelaya C, Arias M, Ostolaza N. (2009), el 61 % de 298 mujeres entrevistadas fue víctima de violencia (psicológica 54%, física 32.2%, sexual 21.1%, y sexual en la niñez 19.1%).

Por lo mencionado anteriormente, podemos establecer que existe el problema de violencia y no lo asumimos como un problema de salud pública, así mismo debemos ser conscientes que muchas veces no existe un tipo de violencia en específico, sino por lo contrario siempre viene acompañado de otro tipo de violencia lo cual agrava más el problema, ya que se combinan y puede repercutir más negativamente en la adolescente gestante, donde debemos resaltar que comúnmente esta combinación esta entre la violencia psicológica y física, lo cual está determinada mayormente por la relación con la familia y demanda una mayor participación de la misma con un involucramiento del equipo de salud en sus diferentes momentos.

El tercer resultado nos muestra los grados de depresión en gestantes adolescentes, el 37,5% (45) de las gestantes en estudio sufren de depresión media, seguido del 23,3% (28) que sufren depresión baja y el 10,0% (12)

sufre de depresión alta. Asimismo observamos que el 29,2% de las gestantes no sufren depresión. También cabe resaltar que si sumamos la depresión media y alta encontramos que el 47,5% (55) gestantes sufren de depresión, lo cual lo determina como un problema de salud que puede afectar el bienestar e integridad de la mujer y de su niño por nacer.

Resultados que concuerdan con lo encontrado por Martínez P, Waysel R. (2009), quien concluye que el embarazo es una etapa sumamente satisfactoria, pero para algunas mujeres significa un periodo de angustia y depresión difícil de sobrellevar. Así mismo concuerda con lo encontrado por Bonilla-Sepúlveda Ó. (2009), quien indica que en las adolescentes embarazadas, la prevalencia de depresión fue el 32,8%, mientras que en el grupo de estudiantes no embarazadas fue del 16,8%. También concuerda con Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, et al. (2009), donde la prevalencia de casos probables de depresión fue mayor de 34.1%.

Por lo mencionado podemos establecer que el otro problema que acompaña a la adolescente gestante es el estado de depresión que le acompaña que para nuestro caso está entre media y alta lo cual la determina como un problema de salud significativo, ya que este estado puede llevarla a agredirse como a su niño por nacer, por lo cual amerita tomar la importancia debida para revertir el problema principalmente estableciendo sus causas para que la intervención sea lo más efectiva posible, aquí básicamente consideramos que la familia es el elemento básico para evitar este problema porque debe conocer de cerca el estado emocional que tiene la adolescente gestante.

Los resultados 4, 5, 6 y 7, nos muestran los grados de depresión y su relación con la violencia familiar, donde podemos resaltar que existe relación significativa al 5%, por todos los tipos de violencia como son física, psicológica, económica y sexual, lo cual conlleva a un grado de depresión en las mujeres adolescentes gestantes que en su mayoría es de grado medio que aunada a la depresión alta alcanza o supera el 50% de los casos, lo cual determina una asociación entre la depresión y la violencia.

Lo cual concuerda con lo encontrado por Martínez P, Waysel R. (2009), quienes indican que aquellas adolescentes que no tenían una relación de pareja desarrollaron depresiones con sintomatología grave; dicha problemática se relacionó con agresión física y verbal, desempleo y falta de dinero. Así mismo concuerda con lo encontrado por Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, et al. (2009), quienes señalan que el antecedente de violencia (OR:3.96; IC95%: 2.68-5.85;  $p<0.01$ ) es uno de los factores asociados para probable depresión mayor antenatal. También concuerda con Minetto A. (2012), quien refiere que los adolescentes presentan un nivel de violencia familiar promedio y un nivel de ideación suicida alto vinculado a la depresión. A su vez concuerda con lo encontrado por Chapa S, Ruiz M. (2011), donde la mayoría de los estudiantes (64.5%) no alcanzan un óptimo nivel de autoestima por la violencia familiar que padecen.

Por lo mencionado podemos concluir que existe una relación significativa entre la violencia de cualquier tipo con la depresión en las gestantes adolescentes atendidas en el hospital MINSA II – 2 Tarapoto, condiciones

que la afectan emocionalmente, bajando primeramente su autoestima, estableciendo culpabilidad en ella, bajando su rendimiento escolar, provocando aislamiento y pensamiento suicida. Todas estas condiciones evidencian el problema de la violencia intrafamiliar la cual se vincula con la depresión y conlleva al daño tanto de la madre como del niño por nacer.

## VI. CONCLUSIONES:

- La población en estudio según características sociodemográficas se caracteriza por: 65,8% (79) de las gestantes adolescentes tienen una edad entre 15 a 17 años, con un promedio de edad de  $16,4 \pm 1,4$  años, de grado de instrucción secundaria 77,5% (93), de estado civil soltera 50,0% (60), cuya procedencia fue Tarapoto 35,5% (43), de religión católica 80,8% (97).
- Los tipos de violencia familiar que presentan las gestantes adolescentes son psicológica 79,2% (95), violencia económica 67,5% (81), violencia física 62,5% (75) y la violencia sexual 40,8% (49), predominando la violencia psicológica.
- El 37,5% de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015, tienen un grado de depresión medio; seguido del 23,3% que tienen un grado de depresión bajo y el 10,0% grado de depresión alto.
- La violencia física, seguida de la violencia psicológica son las de mayor relación con el grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015.
- Existe relación significativa al 5% (Si  $p < 0,05$ ) entre los tipos de violencia y el grado de depresión, por lo cual se acepta la hipótesis de investigación.



## **VII. RECOMENDACIONES:**

- A las instituciones de salud, considerar la violencia y la depresión como problema de salud pública vinculante, que deteriora la salud integral de las gestantes adolescentes.
- A la sociedad en su conjunto y en especial a las familias, tomar acciones que permitan mejorar la relación de los padres con los adolescentes especialmente para evitar la violencia y reducir el problema de depresión en ellos para evitar consecuencias graves durante el embarazo.
- A las instituciones educativas, a través del programa de tutoría detectar oportunamente el problema de violencia en las adolescentes y desarrollar las consejerías o derivar a los establecimientos de salud para evitar la depresión.
- A las Universidades, orientar la formación de los futuros profesionales de la salud en la prevención de los problemas de violencia y depresión en adolescentes en el marco de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Al personal bajo el programa de educación para la salud enfocar las acciones preventivas promocionales a evitar la violencia y depresión en adolescentes.

## VIII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Género y Salud de la Mujer. Violencia contra la mujer infringida por su pareja. Panorama General. 2015. Consulta 31.08.15 11:11 pm. [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter2/es/](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter2/es/)
2. Morguefile G. Estudio afirma que violencia familiar afecta al 74% de hogares en el Perú. Andina. Sábado, 14 de Setiembre 2013 | 9:20 am. Consulta 01.09.15 04:48 pm. [http://www.capital.com.pe/2013-09-14-estudio-afirma-que-violencia-familiar-afecta-al-74--de-hogares-en-peru-noticia\\_630999.html](http://www.capital.com.pe/2013-09-14-estudio-afirma-que-violencia-familiar-afecta-al-74--de-hogares-en-peru-noticia_630999.html).
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Violencia contra las mujeres niñas y niños. Lima: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. Consulta: 11.10.15 05:59 pm. [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap012.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap012.pdf).
4. Sausa M. “Embarazo adolescente aumenta en Lima y la costa norte del Perú”. Peru21. Sábado 12 de julio del 2014; Salud. Consulta: 11.10.15 6:03 pm. <http://peru21.pe/actualidad/embarazo-adolescente-aumenta-lima-costa-norte-peru-inei-2191608>.

5. Arteaga F, López S. Evolución de la mortalidad materna en América Latina, El Caribe y Bolivia. Aspectos que influyen. Arch. Boliv. Med. [revista en internet]. 2009 [acceso 10.10.15]; 9:17 pm.. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004-05252009000300011&lng=es&nrm=iso](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004-05252009000300011&lng=es&nrm=iso).
6. Pérez M, López G, León A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. Acta Pediatr Mex. 2008;29(5):268.
7. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Salud pública México. [revista en internet]. 2006 [acceso 10.10.15]; 9: 45 pm. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000800004&lng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800004&lng=pt).
8. Lam N, Contreras H, Cuesta F, Mori E, Cordori J, Carrillo N. Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. Rev. Perú. Epidemiol. [revista en internet]. 2009 [acceso 10.10.15]; 10:15 pm. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v12\\_n3/pdf/a05v12n3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v12_n3/pdf/a05v12n3.pdf).

9. Ramírez E. Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería. Postgrados en enfermería. Bogotá D.C. Colombia. Tesis para optar al título de Magister en Enfermería. 2012. Consulta 01.09.15 7:26 am. <http://www.bdigital.unal.edu.co/8905/1/539374.2012.pdf>
10. INFOGEN. Infórmate para que tu hijo nazca sano. Violencia y Embarazo. Última actualización 18 de julio 2014. Consulta 01.09.15 07:36 am <http://infoген.org.mx/violencia-y-embarazo/>
11. Paredes S, Villegas A, Meneses A, Rodríguez I, Reyes L, Andersson N. “Violencia Física Intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepe, Guerrero, México”. Salud Pública Méx. 2009; Vol. 47(5):335-341. Instituto Nacional de Salud Pública Av. Universidad 655 Col. Santa María Ahuacatitlán 62508 Cuernavaca, Morelos, México. Consulta: 11.10.15 03:47 pm. <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000493>.
12. Valenzuela S. Violencia Intrafamiliar como Factor de Riesgo en la Mujer Embarazada y su Producto. Universidad Colima. Facultad de Medicina. Tesis para obtener el grado de maestría en Ciencias Médicas. México. 2009. Consulta 03.09.15 10:41 pm. [http://digeset.ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/Susana\\_Valenzuela\\_Perez.pdf](http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Susana_Valenzuela_Perez.pdf)

13. Colombo G, Ynoub R, Viglizzo M, Veneranda L, Iglesias G, Stropparo P. 2009. Prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer en la etapa de embarazo, parto y puerperio. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, vol. 12, núm. 38, mayo-agosto, 2009, pp. 81-107. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. Consulta 03.09.15 11:02 pm. <http://www.redalyc.org/pdf/105/10503804.pdf>.
14. Martínez P, Waysel K. Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 14, núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp. 261-274. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México. Consulta: 03.09.15 11:15 pm. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992004>.
15. Bonilla-Sepúlveda Ó. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 61, núm. 3, 2010, pp. 207-213. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. Bogotá, Colombia. Consulta: 03.09.15 11:23 pm. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195215351004>.
16. Salas A, Salvatierra D. Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho. Periodo diciembre 2011- febrero 2012". Lima Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de

Obstetricia. Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Consulta 03.09.15 11:37 pm.  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/654/1/Salas\\_aa.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/654/1/Salas_aa.pdf)

17. Cripe S, Sanchez S, Perales M, Lam N, García P, Williams M. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet*. Lima Perú. 2008;100(2):104-8.  
<https://translate.google.com.mx/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17963763&prev=search>
18. Távara-Orozco L, Orderique L, Zegarra-Samamé T, Huamaní S, Félix F, Espinoza K, et al. Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 53, núm. 1, pp. 10-17. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Lima Perú 2011. Consulta: 04.09.15 12:41  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428183002>
19. Flores T, Schirmer J. Violencia intrafamiliar en la adolescencia en la ciudad de Puno-Perú. Hospital Manuel Nuñez Butrón y colegios de educación secundaria en la ciudad de Puno – Perú. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 14, núm. 4, julio-agosto, 2009, pp. 578-585. Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. Consulta 04.09.15 01.37 am. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421863016>.

20. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, et al. "Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Revista Peruana de Epidemiología. 2009. Consulta 04.09.15 1:52 pm. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14\\_n3/pdf/a05v14n3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a05v14n3.pdf)
21. Vela E. Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pre-término atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el periodo octubre 2007-enero 2008. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Lima Perú. Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Obstetricia. 2009. Consulta 04.09.15 5:18 am. [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1147/1/Vela\\_ae.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1147/1/Vela_ae.pdf)
22. Minetto A. Violencia familiar e ideación suicida en adolescentes del Hospital San Juan Bautista de Huaral", Perú, PsiqueMag vol. 2 N° 1, 2012 pp. 63 – 75. Consulta: 04.09.15 05:27 am. <http://www.ucvlima.edu.pe/psiquemag/index.html>
23. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Hinostroza-Camposano W, Yancachajlla-Apaza M, Lam-Figueroa N, Chacón-Torrico H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. Artículo Original. ISSN 1726-4634. Volumen 30 número 3 julio - septiembre 2011. 2010.

Consulta: 04.09.15 5.39 am.

<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/rpmesp2013.v30.n3.pdf>

24. Távara- Orozco L, Zegarra-Samamé T, Zelaya C, Arias M, Ostolaza N.

Detección de la Violencia Basada en Género en tres servicios de atención de salud. Lima – Perú. Ginecología Obstetricia (Perú) 2009; 49 (1): 31-38.

Ginecología y Obstetricia © Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Consulta 04.09.15 5.52 pm.

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol49\\_n1/detecci%C3%B3n.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol49_n1/detecci%C3%B3n.htm).

25. Chapa S, Ruiz M. Presencia de violencia familiar y su relación con el nivel

de autoestima y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la I.E N° 0031 María Ulises Dávila Pinedo. Morales. Octubre - Diciembre

2011. Tarapoto Perú. Tesis para obtener el título de licenciada en enfermería. Universidad Nacional de San Martín Tarapoto. Consulta:

11.10.15 4:25 pm.

[http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyecto/archivo\\_45\\_TESIS%20COMPLETA.pdf](http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_45_TESIS%20COMPLETA.pdf)

26. Organización Panamericana de la Salud: "La salud de los adolescentes y

los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro". Comunicación para la Salud n° 6, WDC EEUU. 2008.



27. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010. Nacional y departamental. Consulta 04.09.15 06:02 am.  
<http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/index.html>
28. Cruz M. Embarazo de adolescentes y comunicación familiar. México. Universidad de Guadalajara. Artículo. Margen N° 61 - junio de 2011.
29. Congreso de la República del Perú. Ley 26260 y su modificatoria 26763; Ley de protección frente a la violencia familiar. Consulta 05.09.15 03:44 am. <http://docs.peru.justia.com/federales/leyes/26763-mar-24-1997.pdf>
30. Ministerio de Salud (MINSA). Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. 2004. ISBN 9972-851-13-3. Lima Perú. Consulta: 05.09.15 4.15 am.  
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf>

## IX. ANEXOS:

### Anexo N° 01: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**Estudio:** Violencia familiar y su relación con la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, junio – octubre 2015.

**Instrucciones:** Le agradecemos leer detenidamente el presente instrumento y responder con la mayor veracidad posible, ya que el resultado que se obtenga de las respuestas brindadas por usted nos ayudará a proponer acciones que contribuyan a disminuir los problemas de salud principalmente aquellos que afecta a la madre adolescente y su niño. Estamos muy agradecidas por su colaboración.

#### I. DATOS GENERALES:

Edad:  
Grado de instrucción:  
Estado civil:  
Procedencia:  
Religión.

#### II. DATOS VINCULADOS A LA VIOLENCIA FAMILIAR:

Ud. ha sido violentada por:  
Pareja ( )      Familiares ( )      Ambos ( )

N°	PREGUNTAS	SI	NO	A VECES
	<b>VIOLENCIA FISICA</b>			
01	¿Has recibido pellizcos?			
02	¿Has recibido empujones?			
03	¿Has recibido cachetadas?			

04	¿Has recibido jalones de pelo?			
05	¿Has recibido apretones que dejan marcas por parte?			
06	¿Te han lanzado con algún objeto?			
07	¿Has recibido puñetazos?			
08	¿Has recibido patadas?			
09	¿Te han realizado mordeduras?			
10	¿Trataron de asfixiarte con sus manos?			
	<b>VIOLENCIA PSICOLOGICA</b>			
11	¿Se burlan de ti?			
12	¿Te han dejado en ridículo?			
13	¿Muestran indiferencia?			
14	¿Te brindan poco afecto?			
15	¿Se expresan negativamente del trabajo que realizas?			
16	¿Te insultan?			
17	¿Te culpan muchas veces de todos los problemas?			
18	¿Te amenazan con pegarte o abandonarte?			
19	¿Te discriminan?			
20	¿Te humillan delante de otras personas?			
	<b>VIOLENCIA SEXUAL</b>			
21	¿Te han realizado tocamientos indebidos o no deseados?			
22	¿Te acosan?			
23	¿Te realizan insinuaciones indebidas?			
24	¿Te han obligado a tener sexo?			
25	¿Se burlan de tú condición femenina?			
26	¿Te han forzado a desvestirse?			
27	¿Te han obligado a ver pornografía?			
	<b>VIOLENCIA ECONOMICA</b>			
28	¿Disponen de tu dinero (sueldo o herencia)?			
29	¿Te han dejado de vestirti, sin transporte o sin lugar para vivir?			

30	¿Te han dado lo mínimo de dinero para la comida?			
----	--	--	--	--

### III. DATOS VINCULADOS A LA DEPRESION:

Nº	PREGUNTAS	SI	NO	A VECES
	<b>ESTADO DE ANIMO</b>			
01	¿Estas triste frecuentemente?			
02	¿Te sientes preocupada?			
03	¿Estás irritable frecuentemente?			
	<b>SINTOMAS COGNITIVOS</b>			
04	¿Consideras que has perdido el interés por las cosas?			
05	¿Te quieres a ti misma?			
06	¿Has pensado alguna vez en hacerte daño?			
07	¿Te sientes culpable frecuentemente por algo?			
08	¿Frecuentemente eres indecisa para tomar decisiones?			
	<b>SINTOMAS SOMATICOS</b>			
09	¿Frecuentemente alteras tú sueño?			
10	¿Te da fatiga frecuentemente?			
11	¿Se altera tu apetito fácilmente?			
12	¿Has aumentado o bajado de peso?			
13	¿Sufres molestias gastrointestinales?			

\*FAMILIARES: Padre, madre,hermanos

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCION!**

EDAD:  
 GRADO DE INSTRUCCIÓN:  
 ESTADO CIVIL:  
 PROCEDENCIA:  
 RELIGION:

N°	PREGUNTAS	SI	NO	A VECES
01	¿Alguna vez has recibido bofetadas por parte de tu cónyuge?			
02	¿Alguna vez has recibido patadas por parte de tu cónyuge?			
03	Tu cónyuge molesto, ¿te lastimó al lanzarte con algún objeto?			
04	¿Alguna vez tu cónyuge trató de asfixiarte, con sus manos?			
05	¿Tu cónyuge te insulta con o sin motivos?			
	¿Con que frecuencia recibes insultos por parte de tu cónyuge? (Especifica)		X	
06	¿Tu cónyuge te amenaza frente a situaciones que no puede controlar?			
	¿Con que frecuencia tu cónyuge te amenaza? (Especifica)			
07	¿Con que frecuencia recibes humillaciones de tu cónyuge?			
08	¿Con que frecuencia recibes tocamientos no deseados por no a veces parte de tu cónyuge?			
09	¿Con que frecuencia te acosa tu cónyuge?			
10	¿Has tenido alguna vez relación sexual por penetración oral no consentida?			
11	¿Has tenido alguna vez relación sexual por penetración vaginal no consentida?			
12	¿Has tenido alguna vez relación sexual por penetración anal no consentida?			
13	¿Te has sentido triste desde que estas embarazada?			
	¿Porque?.....			
14	¿Te has sentido preocupada desde que estás embarazada?			
15	¿Has perdido el interés por tu bebé?			
16	¿Sientes que tú autoestima esta baja?			
17	¿Tienes pensamientos negativos hacia si misma?			
18	¿Te sientes culpable por las cosas que te pasa?			
19	¿Siente angustia de no poder cumplir con la responsabilidad de criar a su bebé?			
20	¿Sientes que no podrás cumplir su proyecto de vida?			
21	¿Tienes dificultad al momento de conciliar el sueño?			

Física  
 Psico  
 Social  
 Estado del ánimo  
 Sentimientos cognitivo  
 Social

→ Para dormir o continuar dormido,  
 [dejar los items] - si gustas no obligados

¿Te sientes fatigado todo el tiempo?

22	¿Te sientes fatigado? ¿Con que frecuencia? Explique . . . . .			
23	¿Ha aumentado las ganas de querer comer? ¿Ha disminuido las ganas de querer comer?			

¿Tienes mal apetito?

DIRECCION REGIONAL DE SALUD S.M.  
HOSPITAL URBANO N. MORALEN  
L.C. Pilsa Molénos Ramirez  
P.S. Cataga  
I.M.S. 15836



# Relación entre V<sub>1</sub> y V<sub>2</sub> en adolescentes

Variable	Definición Conceptual	Definición operativa	Dimensiones	Indicadores	Ítems
<b>V<sub>1</sub></b> <b>V.I.</b> <b>VIOLENCIA FAMILIAR</b>	<i>no en los niveles de poder</i> La violencia familiar es el uso de la fuerza para producir daño, siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza, ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación.	Es la fuerza y la coerción entre los miembros de una familia, con el objetivo de lograr que la víctima haga o deje de hacer algo que no desea para causar sufrimiento en la persona agredida.	• Físico	• Bofetadas • Patadas • Lanzar con algún objeto • Asfixia.	SI NO AVECES SI NO AVECES SI NO AVECES SI NO AVECES
		Es toda acción u omisión que cause daño a la autoestima y salud mental de otros miembros de la familia.	• Emocional	• Insultos. • Amenazas. • Humillación.	SI NO AVECES SI NO AVECES SI NO AVECES
		Son todos aquellos actos de connotación sexual, directos o indirectos, perpetrados generalmente por el hombre contra la mujer, con el objetivo de humillarla, degradarla y causarle sufrimiento.	• Sexual	• Tocamientos indebidos/no deseados • Acoso • Penetración oral no consentida • Penetración vaginal no consentida • Penetración anal no consentida	SI NO AVECES SI NO AVECES SI NO AVECES SI NO AVECES
<b>V<sub>2</sub></b> <b>V.D.</b> <b>DEPRESIÓN</b>	La depresión es un trastorno que se presenta durante los años de la adolescencia y se caracteriza por sentimientos persistentes de	ES LA REPSUESTA CON DIRECCIONALIDAD POSITIVA O NEGATIVA SOBRE SENTIMIENTOS DE TRISTEZA, DESANIMO O BAJA AUTOESTIMA QUE PRESENTA LA	• Estado de ánimo	• Triste • Preocupado	SI NO AVECES SI NO AVECES

DIRECCION REGIONAL DE SALUD S.M.  
 MICHOACÁN DE OROZCO  
 Lic. Pili Méndez Ramírez  
 Psicóloga  
 C.P.S. 15836

Emocional

EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS	tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en actividades comunes.	ADOLESCENTE EMBARAZADA	• Síntomas Cognitivos	<p>Poco el y en misma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de interés de su bebé</li> <li>• Tiene complejo de inferioridad</li> <li>• Tiene pensamientos negativos hacia si misma</li> <li>• Presenta Sentimiento de Culpa por estar embarazada</li> <li>• Siente angustia de no poder cumplir con la responsabilidad de criar a su bebé</li> <li>• Sientes que no podrá cumplir su proyecto de vida.</li> </ul>	<p>Escala de Licker</p> <p>¿El tener o traer un bebé al mundo, te produce angustia al pensar si podrás cumplir con la responsabilidad de criar a tu bebé y el cumplir con tu rol de madre?</p> <p>¿Consideras que traer un bebé al mundo trunca tu proyecto de vida?</p>
			• Somáticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia)</li> <li>• Fatiga cansancio</li> <li>• Aumento o disminución del apetito</li> <li>• Dolores de cabeza</li> <li>• desesperados</li> <li>• <del>ansiedad</del></li> </ul>	<p>SI NO AVECES</p> <p>SI NO AVECES</p> <p>SI NO AVECES</p> <p>¿Sientes angustia y temor por no saber que va pasar con tu vida con la llegada del bebé?</p> <p>¿Con qué frecuencia visitas al médico por problemas de salud, después que saliste embarazada?</p>

15 ya gausa angustia

16 me da lo

17

18

19

20

21

DIRECCION REGIONAL DE SALUD S.M.  
INICIATIVA URBANA II. MOQUELLO  
Lito. Pilsa Molendrez Ramirez  
P.S. 15838



EDAD:  
 GRADO DE INSTRUCCIÓN:  
 ESTADO CIVIL:  
 PROCEDENCIA:  
 RELIGION:

Nº	PREGUNTAS	SI	NO	A VECES
01	¿Alguna vez has recibido bofetadas por parte de tu cónyuge?			
02	¿Alguna vez has recibido patadas por parte de tu cónyuge?			
03	Tu cónyuge molesto, ¿te lastimó al lanzarte con algún objeto?			
04	¿Alguna vez tu cónyuge trató de asfixiarte, con sus manos?			
05	¿Tu cónyuge te insulta con o sin motivos?			
06	¿Con que frecuencia recibes insultos por parte de tu cónyuge?			
07	¿Tu cónyuge te amenaza frente a situaciones que no puedes controlar?			
08	¿Con que frecuencia recibes humillaciones de tu cónyuge?			
09	¿Con que frecuencia recibes tocamientos no deseados por tu cónyuge?			
10	¿Has tenido alguna vez relación sexual por penetración oral no consentida?			
11	¿Has tenido alguna vez relación sexual por penetración vaginal no consentida?			
12	¿Has tenido alguna vez relación sexual por penetración anal no consentida?			
13	¿Te has sentido triste desde que estás embarazada?			
14	¿Porque?.....			
15	¿Te has sentido preocupada desde que estás embarazada?			
16	¿Has perdido el interés por tu bebé?			
17	¿Sientes que tu autoestima está baja?			
18	¿Tienes pensamientos negativos hacia ti misma?			
19	¿Te sientes culpable por las cosas que te pasa?			
20	¿Siente angustia de no poder cumplir con la responsabilidad de criar a su bebé?			
21	¿Sientes que no podrás cumplir su proyecto de vida?			
22	¿Tienes dificultad al momento de conciliar el sueño?			

*causada + todos los días*

22	¿Te sientes fatigado/a? Con que frecuencia?			
23	¿Ha aumentado las ganas de querer comer?			
	¿Ha disminuido las ganas de querer comer?			



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN  
Centro Médico - Hospital - Universidad - CMO  
Lic. Sara Del Carmen García Arce  
PSICOLOGA - CPsP 18619

*22-08-15*

Nº	PREGUNTA	SI	NO	A	VECES
01	¿Aumentó o disminuyó su apetito?				
02	¿Aumentó o disminuyó su peso?				
03	¿Se cansa fácilmente, se fatiga al hacer sus actividades?				
04	¿Aumentó o disminuyó su capacidad de esfuerzo, sus ganas de trabajar?				
05	¿Su conducta se volvió más o menos agresiva?				
06	¿Sus hábitos de sueño se volvieron más o menos regulares?				
07	¿Aumentó o disminuyó su capacidad de concentración?				
08	¿Aumentó o disminuyó su capacidad de memoria?				
09	¿Aumentó o disminuyó su capacidad de razonamiento?				
10	¿Aumentó o disminuyó su capacidad de decisión?				
11	¿Ha tenido alguna vez relación sexual por presión social y/o no consentida?				
12	¿Ha tenido alguna vez relación sexual por persuasión y/o no consentida?				
13	¿Le han permitido saber desde que está embarazada?				
14	¿Le han permitido saber desde que está embarazada?				
15	¿Ha perdido el interés por la vida?				
16	¿Siente ansiedad o nerviosismo por algo?				
17	¿Siente pensamientos negativos acerca de sí misma?				
18	¿Se siente culpable por las cosas que le pasan?				
19	¿Siente angustia de repente cuando su cuerpo reacciona de manera normal?				
20	¿Siente que no puede controlar su comportamiento?				
21	¿Tiene dificultad al momento de dormir?				

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**Estudio:** Violencia familiar y su relación con la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, junio – octubre 2015.

**Instrucciones:** Lee detenidamente y responda con total severidad, ya que el resultado que se obtenga de las respuestas brindadas por usted nos ayudará a proponer acciones que contribuyan a disminuir los problemas de salud principalmente aquellos que afecta a la madre adolescente y su niño. Estamos muy agradecidas por su colaboración.

**I. DATOS GENERALES:**

Edad:

Grado de instrucción:

Estado civil:

Procedencia:

Religión.

**II. DATOS VINCULADOS A LA VIOLENCIA FAMILIAR:**

N°	PREGUNTAS	SI	NO	A VECES
	<b>VIOLENCIA FISICA</b>			
01	¿Has recibido pellizcos por parte de tu pareja o familiares?			
02	¿Has recibido empujones por parte de tu pareja o familiares?			
03	¿Has recibido cachetadas por parte de tu pareja o familiares?			
04	¿Has recibido jalones de pelo por parte de tu pareja o familiares?			
05	¿Has recibido apretones que dejan marcas por parte de tu pareja o familiares?			
06	¿Tu pareja o familiares te han lanzado con algún objeto?			

07	¿Has recibido puñetazos por parte de tu pareja o familiares?			
08	¿Has recibido patadas por parte de tu cónyuge?			
09	¿Tu pareja o familiares te han realizado mordeduras?			
10	¿Tu pareja o familiares trataron de asfixiarte con sus manos?			
	<b>VIOLENCIA PSICOLOGICA</b>			
11	¿Tu pareja o familiares se burlan de ti?			
12	¿Tu pareja o familiares te han dejado en ridículo?			
13	¿Tu pareja o familiares muestran indiferencia?			
14	¿Tu pareja o familiares te brindan poco afecto?			
15	¿Tu pareja o familiares se expresan negativamente del trabajo que realizas?			
16	¿Tu pareja o familiares te insultan?			
17	¿Tu pareja o familiares te culpan muchas veces de todos los problemas?			
18	¿Tu pareja o familiares te amenazan con pegarte o abandonarte?			
19	¿Tu pareja o familiares te discriminan?			
20	¿Tu pareja o familiares te humillan delante de otras personas?			
	<b>VIOLENCIA SEXUAL</b>			
21	¿Tu pareja o algún familiar te han realizado tocamientos indebidos o no deseados?			
22	¿Tu pareja o familiares te acosan?			
23	¿Tu pareja o familiares te realizan insinuaciones indebidas?			
24	¿Tu pareja o familiares te han obligado a tener sexo?			
25	¿Tu pareja o familiares se burlan de tú condición femenina?			
26	¿Tu pareja o familiares te han forzado a desvestirse?			
27	¿Tu pareja o familiares te han obligado a ver pornografía?			
	<b>VIOLENCIA ECONOMICA</b>			
28	¿Tu pareja o familiares disponen de tu dinero (sueldo o herencia)?			
29	¿Tu pareja o familiares te han dejado de vestirse, sin transporte o sin lugar para vivir?			
30	¿Tu pareja o familiares te han dado lo mínimo de dinero para la comida?			

### III. DATOS VINCULADOS A LA DEPRESION:

N°	PREGUNTAS	SI	NO	A VECES
----	-----------	----	----	---------



ESTADO DE ANIMO				
01	¿Estas triste frecuentemente?			
02	¿Te sientes preocupada?			
03	¿Estás irritable frecuentemente?			
SINTOMAS COGNITIVOS				
04	¿Consideras que has perdido el interés por las cosas?			
05	¿Te quieres a ti misma?			
06	¿Has pensado alguna vez en hacerte daño?			
07	¿Te sientes culpable frecuentemente por algo?			
08	¿Frecuentemente eres indecisa para tomar decisiones?			
SINTOMAS SOMATICOS				
09	¿Frecuentemente alteras tú sueño?			
10	¿Te da fatiga frecuentemente?			
11	¿Se altera tu apetito fácilmente?			
12	¿Has aumentado o bajado de peso?			
13	¿Sufres molestias gastrointestinales?			

¡MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCION!

DATOS VINCULADOS A LA VIOLENCIA FAMILIAR				
01	¿Has sufrido violencia física?			
02	¿Has sufrido violencia psicológica?			
03	¿Has sufrido violencia económica?			
04	¿Has sufrido violencia sexual?			
05	¿Has sufrido violencia por parte de tu pareja?			
06	¿Has sufrido violencia por parte de tu familia?			
07	¿Has sufrido violencia por parte de tu pareja o familia?			
08	¿Has sufrido violencia por parte de tu pareja o familia?			
09	¿Has sufrido violencia por parte de tu pareja o familia?			
10	¿Has sufrido violencia por parte de tu pareja o familia?			
11	¿Has sufrido violencia por parte de tu pareja o familia?			
12	¿Has sufrido violencia por parte de tu pareja o familia?			
13	¿Has sufrido violencia por parte de tu pareja o familia?			

*Dr. Samuel Delgado*  
*Dr. José Samuel Delgado Sandoval*  
 DNI 01126836